

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 15 décembre 1892, à 1 heure

Par JOSEPH MACQUART-MOULIN

Né à Bar-le-Duc (Meuse), le 17 août 1861

Ancien interne des hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique

DES

MÉTHODES DE TRAITEMENT CHIRURGICAL

APPLIQUÉES

AUX SUPPURATIONS
PÉRI-UTÉRINES

Président : M. DUPLAY, professeur.

*Juges : MM. } PANAS, professeur.
 } SCHWARTZ, NÉLATON, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1892

30

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 15 décembre 1892, à 1 heure

Par JOSEPH MACQUART-MOULIN

Né à Bar-le-Duc (Meuse), le 17 août 1861

Ancien interne des hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique

DES

MÉTHODES DE TRAITEMENT CHIRURGICAL

APPLIQUÉES

AUX SUPPURATIONS

PÉRI-UTÉRINES

Président : M. DUPLAY, professeur.

*Juges : MM. } PANAS, professeur.
 } SCHWARTZ, NÉLATON, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	N.
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	TILLAUD.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SÉBILEAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	REITTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

AU DOCTEUR CH. F. C. MOULIN

Ancien chirurgien de la marine
Mon beau-père, mon père adoptif et mon meilleur ami

Témoignage de reconnaissance et de dévouement filial.

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR A. RICHET

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de médecine
Membre de l'Institut
Commandeur de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUPLAY

DES
MÉTHODES DE TRAITEMENT CHIRURGICAL
APPLIQUÉES
AUX SUPPURATIONS
PÉRI-UTÉRINES

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder notre sujet, il nous reste à remplir un devoir, celui de remercier tous nos maîtres des bontés qu'ils nous ont témoignées et des conseils qu'ils nous ont prodigués pendant tout le cours de nos études.

Nous garderons toujours dans notre cœur une profonde reconnaissance pour M. le Dr Hérard, médecin de l'Hôtel-Dieu, président de l'Académie de médecine, qui, dans les années pendant lesquelles nous avons eu l'honneur d'être successivement stagiaire et externe dans son service, n'a cessé de nous guider avec une bienveillance toute paternelle.

C'est à lui que nous devons la connaissance de l'auscultation et des méthodes d'examen clinique qu'il connaît si bien. Qu'il veuille bien agréer le témoignage de toute notre gratitude.

Que M. le professeur G. Sée daigne recevoir l'assurance

Macquart-Moulin

d'une vive reconnaissance pour la sympathie avec laquelle il nous a accueilli dans son service en qualité d'externe.

Que M. Th. Anger, auprès duquel nous avons accompli notre première année d'externat reçoive aussi tous nos remerciements.

Pendant notre internat nous avons eu successivement l'honneur d'être l'élève de MM. Gingeot, Richet, Campenon, Kirmisson, Peyrot, Picqué, Duplay, Terrillon et Chaput ; qu'ils daignent recevoir ici tous nos remerciements et agréer l'expression de notre profonde gratitude.

Nous remercions spécialement notre maître M. Terrillon qui a bien voulu nous permettre de publier les observations prises dans son service et MM. Chaput et Picqué pour les conseils qu'ils nous ont donnés et les matériaux qu'ils nous ont fournis pour notre travail inaugural.

Que MM. Castex, Rochard et Capitan, ex-chefs de clinique de la Faculté reçoivent aussi nos remerciements.

Enfin que M. le professeur Duplay, qui nous a déjà fait l'honneur de nous accepter dans son service en qualité d'interne, veuille bien agréer toute notre gratitude pour le nouvel honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Grâce aux méthodes antiseptiques modernes, la thérapeutique chirurgicale des inflammations péri-utérines a précédé dans son évolution et sa marche progressive les notions cliniques et pathogéniques. En effet, c'est là une particularité remarquable et exceptionnelle dans la pathologie.

Actuellement encore, tandis que les notions pathogéniques et cliniques sont mal établies, les moyens de traitement mis en œuvre contre des lésions incomplètement ou mal connues semblent se multiplier de jour en jour.

De cette anomalie viennent les difficultés que l'on rencontre à chaque pas dans le traitement des inflammations pelviennes chez la femme.

L'histoire des inflammations péri-utérines a traversé plusieurs phases :

En 1857, Bernutz et Goupil démontrent anatomiquement l'existence de la pelvi-péritonite.

En 1859, Aran émet l'idée que la péritonite est secondaire et que l'inflammation débute par les annexes.

Plus tard en 1870, L. Championnière incrimine les lymphatiques, et A. Guérin, en 1876, combat par l'existence d'un adéno-phlegmon sus-pubien. Enfin Lawson Tait revient à l'idée d'Aran et démontre que les inflammations péri-utérines sont à leur début des inflammations des trompes.

En présence de ces différentes opinions, les chirurgiens modernes, à part quelques uns attachés à une théorie unique et exclusive, admettent différentes variétés d'abcès pelviens.

Si la salpingo-ovarite se présente au premier plan dans

la très grande majorité des cas, l'existence possible des autres lésions, indépendamment de l'inflammation des trompes, ne saurait être niée, avec cette réserve que ces lésions, en tant que lésions primitives, sont exceptionnelles et ne se rencontrent que dans quelques rares cas particuliers, à la suite de traumatismes chirurgicaux ou d'infection puerpérale.

Il semble que par suite d'une sélection naturelle, au point de vue pratique, les lésions péri-utérines se séparent en deux grandes classes : celles qui s'offrent au chirurgien, celles qui se présentent à l'accoucheur.

Tandis que le premier ne rencontre ordinairement que des lésions inflammatoires sub-aiguës ou chroniques, cantonnées dans la trompe, l'ovaire et consécutivement dans le péritoine, le second est parfois aux prises avec des lésions essentiellement aiguës, pelvi-péritonite primitive, défendue naguère encore par M. le Dr P. Reclus, phlegmon du ligament large ou cellulite péri-utérine, adéno-phlegmon sus-pubien.

Toutes ces lésions peuvent exister en tant qu'affections primitives, mais à part la métro-salpingo-ovarite, elles sont essentiellement rares. Un phénomène clinique semblait à un moment appuyer la théorie de l'adéno-phlegmon sus-pubien de M. A. Guérin ; nous avons nommé le plastron abdominal.

L'intervention chirurgicale est venue réformer et ébranler la théorie lymphangitique, en démontrant nettement que le plastron abdominal n'était point dû à l'existence d'un adéno-phlegmon.

Notre maître, M. Terrillon, a prouvé d'une façon absolument indubitable (Soc. anat. de Paris, 1^{er} fev. 1889), à propos d'une salpingite tuberculeuse enlevée par la laparotomie, que le plastron abdominal est dû à l'adhérence des annexes et de l'épiploon enflammés à la paroi. Cette zone inflammatoire, dit M. Terrillon, est donc intrapéritonéale et non sous-péritonéale. Quand on ouvre un

abcès par la paroi abdominale, sans pénétrer dans la séreuse, cela prouve que cette dernière a été détruite par des adhérences et finalement perforée par le pus, mais cela ne prouve nullement que le péritoine soit décollé.

Dans l'année, pendant laquelle nous avons eu l'honneur d'être interne dans le service de M. Terrillon, nous avons pu nombre de fois vérifier l'exactitude du fait reconnu par notre maître.

M. Terrillon admet sans réserve la théorie de la propagation par la voie muqueuse. La séreuse et l'ovaire ne participent que secondairement à la lésion par voisinage. La théorie lymphatique doit être abandonnée.

Le phlegmon du tissu cellulaire péri-utérin et des ligaments larges admis par Hervieux, Nonat et Gallard, comme l'adéno-phlegmon sus-pubien, a été révoqué en doute et même nié d'une façon absolue par des gynécologues de l'ère contemporaine. Sans nier son existence, nous admettons sa rareté relative.

Le professeur Trélat (Soc. de chirur, 26 décembre 1888) l'a défendu et a affirmé son existence, tout en faisant remarquer qu'il était très rare. Il admet que le phlegmon du ligament large (paramétrite purulente) répond à la théorie pathogénique de M. L. Championnière.

Pour le professeur Trélat, les foyers complexes (métro-salpingo-ovario-péritonites) sont au contraire d'origine salpingienne.

Parish (1) divise les abcès pelviens de la femme en trois classes :

- a. — Aréolaires ;
- b. — Intra-tubaires et ovariens ;
- c. — Intra-péritonéaux.

Cette division anatomique est simple et répond à tous les cas.

1. *Am. med. an.* juin 1889. — *Am. j. of. obst.* juillet 1889. — *Nouv. Arch. d'obst., et gyn.* 1890.

1° Les abcès aréolaires, suivant Parish, sont toujours secondaires à un traumatisme puerpéral ou à une lésion génitale externe par propagation lymphatique.

Nous ajouterons aussi par propagation directe sans intervention des lymphatiques.

2° Les abcès ovariens et intra-tubaires sont plus fréquents que les précédents. La pyosalpingite est secondaire à l'infection septique, à la gonorrhée. Ici, point n'est besoin d'invoquer la théorie lymphatique, et, avec M. Terrillon, nous acceptons sans réserve la voie muqueuse.

3° Les abcès intra-péritonéaux sont plus rares et sont dus à une propagation des précédents.

M. le Dr P. Reclus (1), ainsi que nous l'avons dit plus haut, admet la pelvi-péritonite, en tant qu'affection primitive, à la suite de traumatismes puerpéraux, faisant revivre ainsi la théorie de Bernutz abandonnée par la généralité des auteurs.

De là, nous concluons qu'il ne faut pas être exclusif et qu'il faut admettre l'existence de plusieurs variétés anatomiques d'inflammations péri-utérines.

La très grande rareté des unes et la fréquence des autres sont peut-être la raison pour laquelle le diagnostic différentiel entre les différentes variétés d'inflammation pelvienne présente de si grandes difficultés. Ces difficultés sont encore augmentées dans la pratique par les modifications cliniques peu appréciables imprimées par les diverses variétés d'inflammation.

Il en résulte qu'en clinique les variétés anatomiques sont insuffisamment marquées pour que le clinicien puisse dans tous les cas établir un diagnostic certain. Un embarras encore plus grand se présente au point de vue de l'intervention opératoire.

A ce dernier point de vue et au point de vue clinique,

1. *Sem. méd.*, 1891, p. 281.

nous adoptons volontiers la division de Wiedow de Fribourg i/B (1). Ce chirurgien divise les abcès du bassin de la femme en trois groupes :

- 1° Le pus est tout à fait sous-cutané ou sous-muqueux ;
- 2° Le pus gît dans la profondeur du bassin ;
- 3° L'abcès est fistuleux.

Sur cette division reposent les diverses méthodes d'intervention.

Au point de vue purement chirurgical, avec M. le Dr Pozzi (*Ann. de gyn.* 1890) et M. le Dr Duret (*Gaz. des hôp. de Toulouse*, 27 juillet 1889) nous diviserons les collections suppurées du petit bassin chez la femme en deux classes :

- 1° Les collections à extirpation possible ;
- 2° Les collections non énucléables et à ablation impossible.

C'est à ces dernières que le nom d'abcès pelvien proprement dit doit être réservé.

Quelle que soit la variété anatomique de l'abcès, quel que soit son siège, des modifications profondes devront être adoptées dans le traitement de ces deux classes de collections suppurées.

Une collection suppurée non énucléable, que ce soit un abcès aréolaire ou de tissu cellulaire, que ce soit un abcès de la trompe ou de l'ovaire, que ce soit un abcès intra-péritonéal, (et par abcès intra-péritonéal nous entendons ici les abcès dus à la pelvi-péritonite), un abcès non énucléable, disons-nous, devra être attaqué par des méthodes de traitement qui seront forcément différentes des méthodes que l'on pourra opposer aux collections énucléables et enkystées, avec cette restriction que ces dernières pourront être attaquées par des méthodes qui conviendront aux premières sans qu'il y ait réciprocité.

1. *Congrès des gyn. all.*, 1889.

Dans le tableau suivant nous résumons les notions précédemment exposées, pour les montrer dans leur ensemble.

CLASSIFICATION DES ABCÈS PELVIENS.

1^o *Division anatomique et topographique.*

A. — Abscesses aréolaires ou du tissu cellulaire. Abscesses paramétritique ou phlegmon péri-utérin.

(a). Abscesses du ligament large pouvant gagner la fosse iliaque, pouvant fuser vers l'ischion, le pubis (rares).

(b). Phlegmon de la gaine hypogastrique de Delbet (fusant vers l'échancrure ischiatique).

B. — Pyosalpingite et abscesses de l'ovaire.

C. — Pelvi-péritonites.

Toutes ces lésions existent en tant qu'affections primitives.

Les premières sont rares, les secondes sont les plus fréquentes.

L'existence des pelvi-péritonites primitives est douteuse.

2^o *Division pathogénique.*

A. — Abscesses aréolaires.

(a). Par la voie lymphatique.

(b). Par la voie veineuse (phlébite péri-utérine puerpérale).

(c). Par propagation de voisinage.

B. — Pyosalpingite et abscesses de l'ovaire.

(a). Par la voie muqueuse (exclusivement).

Réserve à faire avec M. Quénu pour l'ovarite qui peut-être serait d'origine lymphangitique.

C. — Pelvi-péritonites suppurées.

- (a). Par la voie muqueuse (exclusivement. Terrillon).
- (b). Quelquefois par la voie lymphatique (P. Reclus).

3° *Division étiologique.*

A. — Abscès aréolaires.

- (a). Accouchement.
- (b). Traumatismes chirurgicaux.

B. — Pyosalpingo-ovarites.

- (a). Accouchement.
- (b). Gonorrhée.
- (c). Maladies infectieuses.
- (d). Maladies spécifiques (tuberculose, actynomicose).

C. — Pelvi-péritonites suppurées.

- (a). Mêmes causes à l'exception de la gonorrhée (Terrillon, Th. Thibault).

4° *Division clinique.*

- (a). Abscès superficiels. Sous-muqueux sous-cutanés.
- (b). Abscès profonds. Difficiles à percevoir.

5° *Division chirurgicale.*

- (a). Abscès énucléables.
- (b). Abscès non énucléables.
- (c). Suppurations complexes.
- (d). Abscès fistuleux.

N'ayant pas eu suffisamment l'occasion de rencontrer et d'étudier cliniquement les variétés rares d'abcès pelviens, nous avons l'intention d'exposer surtout et de discuter dans notre travail inaugural le traitement des col-

lections purulentes pelviennes les plus fréquentes, c'est-à-dire celles qui, contrairement à l'opinion des anciens auteurs, sont presque toutes des abcès développés aux dépens de la trompe et de l'ovaire.

Notre maître, M. Terrillon, distingue trois variétés d'abcès pelviens :

1° « Abcès enkystés et profonds.

Ces abcès ne sont pas les plus fréquents, mais les plus difficiles à traiter. Ils siègent dans la trompe et dans l'ovaire. Leur durée est de plusieurs mois, plusieurs années même, et ils n'ont aucune tendance à s'ouvrir au dehors ».

2° « Abcès ayant tendance à s'ouvrir au dehors et sortant dans différentes directions : par le vagin, par le rectum, s'étendant vers la fosse iliaque, faisant saillie au-dessus de l'arcade de Fallope, au-dessus de la crête iliaque et pouvant même fuser jusque dans la région lombaire ».

3° « Abcès fistuleux ; les plus difficiles à traiter, les plus pénibles pour la malade. Ce sont des abcès laissant après leur ouverture un trajet fistuleux persistant ».

« Ils comprennent deux variétés.

a. Les abcès à fistule continue.

b. Les abcès à fistule intermittente.

Ces derniers, après une nouvelle évacuation, se remplissent de nouveau de pus, s'accompagnent de phénomènes inflammatoires, apparaissent et disparaissent alternativement et s'évacuent, soit par la même voie, soit par un trajet fistuleux nouveau ».

Nous sommes loin aujourd'hui de l'opinion d'Aran qui posait en principe qu'il est plus sage d'abandonner à la nature le soin d'ouvrir la tumeur et qui n'admettait l'ouverture artificielle que quand l'abcès proéminait et que la malade était minée par la fièvre hectique.

Avant lui pourtant, Bourdon (1) se montre partisan de

1. *Rev. méd.* 1841.

l'ouverture artificielle, mais l'intervention non antiseptique était souvent suivie de phénomènes septiques, qui entraînaient la mort (1).

Jusqu'à une époque relativement rapprochée de nous, les chirurgiens, en présence d'un abcès pelvien, attendaient fort longtemps avant d'intervenir, et le traitement chirurgical n'était mis en œuvre que quand le pus était en contact avec la paroi et se présentait pour ainsi dire de lui-même au chirurgien.

Ce dernier n'avait qu'une préoccupation, celle de rechercher le point fluctuant pour ouvrir l'abcès dans une région accessible et non dangereuse.

Cette ouverture était faite, tantôt à la paroi abdominale, tantôt par le vagin. Pour ouvrir l'abcès, les chirurgiens se servaient, tantôt du bistouri, tantôt, suivant le procédé de Récamier, dans la crainte de l'hémorrhagie, ils avaient recours au caustique ou bien au thermo-cautère.

L'abcès, une fois ouvert, était lavé et drainé. A la suite de cette intervention, il pouvait guérir, mais souvent il restait fistuleux.

Ainsi, une seule classe d'abcès était justiciable du traitement chirurgical, ceux qui se présentaient d'eux-mêmes au dehors. — Quant aux abcès fistuleux, il n'y avait pas de traitement chirurgical à leur opposer. Sous l'influence de Chassaignac, quelques tentatives de drainage abdomino-vaginales avaient seules été faites.

En 1880, Hégar, sans attendre que l'abcès vint proéminer au dehors, eut l'idée reprise depuis par M. Pozzi qui a donné à cette opération le nom de la parotomie sous-péritonéale, d'aller à la recherche de la lésion à travers la paroi abdominale, en soulevant le péritoine de la fosse iliaque et en le décollant jusqu'à la rencontre de l'abcès.

1. Ce qui suit nous a été en grande partie inspiré par M. Terrillon (leçon inédite faite à la Salpêtrière le 12 mai 1891).

Mais si dans quelques rares cas, cette opération ainsi conçue est possible, il est loin d'en être ainsi le plus ordinairement.

Le foyer de suppuration étant habituellement intrapéritonéal, pour le rencontrer il fallait traverser le feuillet pariétal du péritoine, ce que l'on faisait sans s'en douter.

C'était pourtant déjà un grand progrès. Les bons résultats n'étaient obtenus que grâce au drainage et aux lavages antiseptiques fréquents et multiples.

Les abcès fistuleux étaient aussi quelquefois justiciables de la même méthode, mais à condition qu'ils fussent superficiels.

Quant aux abcès profonds, il n'existait pas de méthode de traitement à leur opposer.

En 1885, Lawson Tait le premier, osa aborder les abcès pelviens par la laparotomie, par la voie transpéritonéale.

En France, il ne tarda pas à être suivi dans cette voie par notre maître, M. Terrillon, qui fit la première opération de ce genre dans notre pays.

Mais cette méthode, supérieure en elle-même, n'est pas encore parfaite ; elle peut être dangereuse, parfois hérissée de difficultés et souvent impraticable.

En outre, elle présente aussi des inconvénients graves ; même dans les cas qui tout d'abord paraissent favorables, elle laisse souvent après elle un utérus malade, volumineux et saignant. Cet organe devenu complètement inutile est souvent pour l'opérée une source d'accidents et de tourments consécutifs.

En présence de ces hémorrhagies, de ces douleurs persistantes observées chez certaines opérées, M. le Dr Péan, partant de cette idée qu'une part trop prépondérante était attribuée aux salpingites dans les inflammations suppuratives de l'utérus, des trompes, de l'ovaire et du péritoine pelvien, que la castration tubo-ovarienne, pour

employer son expression, était souvent insuffisante, con-
cut de toutes pièces le plan d'une nouvelle opération,
dont tout l'honneur doit lui revenir ; nous avons nommé
la castration utérine ou utéro-tubo-ovarienne.

Cette nouvelle méthode fut de la part de son inventeur
l'objet d'une retentissante communication au congrès de
Berlin (1890).

L'opération de Péan fut accueillie avec méfiance par le
monde chirurgical, et c'est à M. le Dr Segond que revient
l'honneur de l'avoir vulgarisée.

Sur quel principe est fondée la méthode de M. Péan ?
L'utérus dans la presque totalité des cas est le point de
départ de l'inflammation qui s'est propagée à ses annexes
et qu'elle entretient.

L'utérus enlevé, le drainage est absolument parfait et
permet l'écoulement de la sérosité, du sang et du pus.

Un drainage parfait, un drainage idéal n'est-il pas un
des principes fondamentaux de la chirurgie ?

Pour terminer l'historique du traitement des suppura-
tions pelviennes chez la femme, nous pouvons dire que
les chirurgiens, à force de recherches et de tâtonnements,
protégés par une nouvelle déesse, l'antisepsie, sont arri-
vés à pouvoir appliquer un traitement radical et métho-
dique à toute collection purulente enkystée ou fistuleuse
siégeant dans le bassin de la femme.

TRAITEMENT DES COLLECTIONS SALPINGIENNES

PAR LE CATHÉTÉRISME DES TROMPES.

Franckenhäuser, dit M. P. Delbet (1), a proposé d'appliquer le cathétérisme des trompes au traitement des collections salpingiennes. Malgré quelques observations de Duncan, Hildebrand et Gönner qui prétendent attester la possibilité du cathétérisme des trompes, il suffit de réfléchir un peu aux conditions anatomo-pathologiques sous lesquelles se présentent les tumeurs salpingiennes pour comprendre l'impossibilité d'un pareil traitement. Dans les observations rapportées, le cathétérisme de la trompe a toujours été accidentel, et lorsqu'il a été possible, il existait des modifications anatomiques dans les dimensions du conduit tubaire.

A. Martin a même nié tous les cas de cathétérisme de la trompe, disant que ce n'étaient que des fausses routes. Dans certains cas cependant les modifications anatomiques de la trompe peuvent en permettre le cathétérisme.

Le fait a été constaté par notre maître M. le professeur Duplay (2), qui, dans le cours d'une opération de curetage, vit sa curette s'enfoncer très profondément sans aucune résistance, jusque dans la trompe. Ce fait vient confirmer la possibilité du cathéterisme; mais de là à vouloir appliquer celui-ci au traitement des collections salpingiennes, il y a un abîme. La portion utérine de la trompe est très fréquemment oblitérée; la fixation par

1. P. Delbet. *Des suppurations pelviennes chez la femme* (Steinheil, 1891).

2. Communication orale.

des adhérences d'annexes, dont la situation est des plus variables, entraîne des coudures brusques du conduit tubaire et enlève tout moyen de pénétrer dans ce conduit. En effet si le pyosalpinx est accolé derrière l'utérus, dans le cul-de-sac de Douglas, comment avoir la prétention d'y pénétrer par des voies rétrécies, oblitérées même et dont la direction est inconnue ? Ce serait une opération impossible à réaliser et de plus, dangereuse.

EVACUATION ARTIFICIELLE DES COLLECTIONS ENKYSTÉES DE LA TROMPE

PAR LA DILATATION, LE CURETTAGE ET LE DRAINAGE DE
L'UTÉRUS.

MM. Doléris, Walton et Gottschalck ont publié des observations de salpingites suppurées ou autres, traitées et guéries par la dilatation, le curettage et le drainage de l'utérus. Ces auteurs soutiennent qu'il est possible d'évacuer artificiellement par l'utérus les collections, même enkystées, de la trompe. La possibilité théorique de ce fait, dit M. Doléris, est basée :

1° « Sur la distension fréquente du segment interne de la trompe et de son orifice utérin, lorsqu'il existe un état inflammatoire chronique des parois tubaires, combiné à un exsudat enkysté dans sa portion moyenne et à l'occlusion du pavillon » ;

2° « Sur la possibilité de l'évacuation spontanée de ces collections liquides » ;

3° « Sur l'évacuation alternative pendant des mois et des années de ces collections qui se referment après s'être vidées ».

M. Doléris soutient encore que l'existence d'un pyosalpinx ne légitime pas d'emblée l'ablation.

Il admet que :

1° « Les moyens actifs ne doivent être mis en œuvre, dans les cas de salpingite aiguë et récente, qu'après une expectation de plusieurs mois, à la suite de laquelle la permanence d'une tumeur soumise à des poussées inflammatoires périodiques ou irrégulières sera nettement démontrée ».

2° « L'ablation des annexes ne doit être pratiquée que lorsque les moyens conservateurs auront échoué. »

3° « L'évacuation artificielle de la poche suffit à la guérison de la plupart des formes de kystes tubaires. »

Le procédé opératoire employé par M. le Dr Doléris consiste dans :

« 1° La dilatation permanente, lente et progressivement augmentée de la cavité utérine obtenue en quelques jours par :

a. — Des liges de lamineires antiseptiques.

b. — Des cônes d'éponge préparée, antiseptique. »

On répète l'action des éponges pendant plusieurs jours en les augmentant de volume. On maintient la cavité utérine distendue pendant quatre, cinq jours et plus.

« 2° Le curage méticuleux des angles tubaires de la cavité utérine. » 3° « Le drainage de la cavité utérine à l'aide de gaze iodoformée enduite de glycérine et bien tassée. Ce pansement est renouvelé tous les jours, en diminuant progressivement la quantité de gaze. »

Les soins consécutifs consistent en repos complet au lit, abstention de fatigues, de coït, de mouvements brusques, qui sont favorables à la *restitutio ad integrum*.

Le repos au lit doit être repris pendant la première période menstruelle.

M. le Dr Doléris, qui s'est érigé le champion de la thérapeutique conservatrice en gynécologie, après sa communication au congrès international des sciences médicales de Berlin (1890), dans laquelle il a renouvelé ses protestations souvent légitimes contre les abus opératoires, le *prurigo secandi*, pour employer l'expression consacrée, a publié dans les *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, décembre 1891 et janvier 1892, un nouveau travail dans lequel il expose la méthode de traitement qui nous occupe. Dans ce travail, il nous montre, à l'appui de sa théorie, des figures qui donnent l'explication

du processus suivant lequel s'opère la dilatation de la cavité utérine et la déplétion de la trompe.

La méthode de traitement ne s'adresse pas aux lésions aiguës. M. Doléris n'entend viser que les salpingo-ovarites ayant dépassé la période initiale ou de formation. Dans l'état aigu, dit-il, c'est à la médecine d'agir, tout en laissant le champ libre à la terminaison spontanée. Des observations publiées dans le travail précédemment mentionné, une, l'observation VII paraît, d'après l'examen clinique, se rapporter à une collection suppurée, et elle est loin d'être concluante.

Les autres cas ont trait à des affections étiquetées salpingo-ovarites ou tumeurs salpingiennes qui auraient été guéries ou améliorées par le traitement décrit plus haut.

La théorie de MM. Doléris et Walton, de Bruxelles, nous paraît bien hypothétique : elle est basée sur la possibilité de l'évacuation spontanée par l'utérus des collections liquides des trompes.

Les chirurgiens ont en effet observé chez quelques malades l'apparition subite d'un écoulement de liquide purulent par l'utérus, écoulement précédé d'une période de rétention accompagnée de douleurs vives. C'est une véritable décharge de liquide muco-purulent.

Beaucoup d'auteurs affirment qu'il s'agit dans ces cas d'une évacuation par l'utérus de liquide contenu dans la trompe. M. le Dr Terrillon croit pourtant le fait exceptionnel ; plusieurs fois, au cours d'un examen au spéculum, en introduisant un hystéromètre dans la cavité utérine, il a provoqué un écoulement semblable qui apparaissait brusquement, comme un flot, au moment où l'instrument franchissait l'orifice interne du col.

Si la trompe est perméable, elle ne peut contenir qu'une très petite quantité liquide. Si le liquide est un peu abondant, il est enkysté et ne peut par conséquent se vider par les voies naturelles. Ce fait est bien établi par les nombreux examens de trompes qu'a faits M. Ter-

rillon. Pendant l'année que nous avons eu l'honneur de passer dans son service, nous avons pu souvent nous assurer de l'imperméabilité de la portion utérine du conduit tubaire dans les cas de collections enkystées de la trompe que nous avons eu l'occasion de voir opérer par notre maître.

M. P. Delbet qui admet l'évacuation fréquente des collections tubaires par l'utérus rapporte à l'appui des observations qui ne nous paraissent pas suffisamment probantes.

Ces observations parlent bien d'écoulement brusque et intermittent de pus par le col utérin, mais elles ne prouvent pas que le liquide venait des trompes. Il est dit parfois que la pression sur l'hypogastre déterminait un écoulement de pus par l'utérus. Le fait est certain, indéniable, puisqu'il a été constaté cliniquement de visu ; mais le liquide provenait à notre avis de la cavité utérine distendue et non de la trompe.

Au point de vue du mécanisme physiologique, les auteurs et partisans de la méthode qui nous occupe admettent que la dilatation artificielle du col de l'utérus entraîne la dilatation de la portion utérine de la trompe.

Ce fait est possible et expliquerait les guérisons obtenues dans les cas de salpingites catarrhales ou suppurées profluentes, mais nous nous refusons à admettre la possibilité de la dilatation de la trompe, lorsque la lésion est enkystée et cela pour les raisons anatomiques exposées plus haut.

Au premier congrès international de gynécologie et d'obstétrique tenu cette année à Bruxelles, MM. les D^{rs} Fournel de Paris et Vulliet de Genève sont venus confirmer notre opinion. Le premier a rapporté un cas dans lequel la dilatation et le curettage devaient forcément rester inefficaces. Après avoir essayé la dilatation méthodique qui échoua complètement, M. le D^r Fournel fut obligé d'avoir recours à la laparotomie. Les annexes enlevées furent

conservées à l'état kystique pendant six jours. Pendant ce temps le liquide contenu dans les hydrosalpinx ne s'est pas écoulé; six jours après l'opération, il y avait à peine un peu de diminution de volume du kyste tubaire du côté droit, phénomène de simple transudation à travers les parois.

A l'incision, le kyste est nettement limité en dehors par les franges du pavillon adhérentes; en dedans il existe un étranglement siégeant vers le milieu de la trompe; il est impossible de rencontrer dans la portion de trompe voisine de l'utérus quoique ce soit qui ressemble à un passage, à un orifice. Sur des coupes transversales, il n'y a pas davantage de canal.

Cette portion interne de la trompe paraît transformée en un véritable cordon fibreux.

M. le Dr Vulliet pense que la dilatation utérine ne peut rendre aucun service dans les faits de collection tubaire, le tampon pourra même nuire et raviver des inflammations qui tendaient vers la chronicité.

Du reste, M. Doléris se borne à constater empiriquement la guérison ou l'amélioration de ses malades, mais n'affirme pas le mécanisme invoqué par Walton, c'est-à-dire la dilatation de la portion utérine du conduit tubaire. Il invoque aussi une action révulsive mystérieuse provoquée par la dilatation et le curettage de l'utérus sur les lésions annexielles.

Quand il s'agit de lésions non enkystées, avec M. Doléris, nous admettrons volontiers cette dernière explication.

M. Doléris admet en principe qu'il ne faut s'attaquer qu'aux lésions chroniques, soumises à des poussées inflammatoires périodiques et dont la permanence est bien démontrée. Il évite ainsi le reproche qu'on pourrait lui faire d'améliorations obtenues par le simple repos au lit et non dues à son traitement. En effet, fréquemment à côté du pyosalpinx chronique, au cours d'une poussée

aiguë, vient s'ajouter de la périméto-salpingite séreuse qui disparaît par résolution sous la simple influence du repos.

Souvent notre maître, M. Terrillon nous a fait constater les changements et les améliorations rapides qui s'opèrent sous l'influence du repos complet au lit. Telle lésion, pour laquelle il semblait qu'on dut proposer immédiatement l'intervention opératoire, subissait après quelques jours de repos un tel changement que la malade était renvoyée sans opération avec l'étiquette « salpingite améliorée », la malade n'était pas guérie, il est vrai, mais se trouvait dans un état très satisfaisant et pouvait reprendre ses occupations sans difficultés. Ces faits nous prouvent d'une façon générale, qu'il ne faut pas se hâter d'intervenir, même avec le traitement conservateur qui a eu, souvent je crois, les honneurs d'une guérison qui n'était due qu'au repos.

Jadis on posait en principe qu'il ne fallait pas faire le curettage quand il existait des lésions annexielles. M. Doléris lui-même et son élève M. le Dr Boureau (1), ont soutenu cette opinion. Depuis le Dr Trélat, Walton, Poulet et M. Doléris revenant sur son ancienne opinion, montrèrent qu'on pouvait sans danger curetter un utérus dans de telles conditions.

M. le Dr Saintu dans sa thèse inaugurale, 1890, rapporte que M. le Dr Picqué, un des premiers et bien avant la communication de Walton, n'hésita pas à pratiquer le curettage chez une malade atteinte d'inflammation des annexes et obtint un plein succès.

L'absence de danger n'est pourtant pas absolue ; nous avons eu l'occasion à la Salpêtrière, d'observer de ux cas dans lesquels, le curettage pratiqué pourtant sous le couvert de l'antisepsie la plus rigoureuse, réveilla violemment une inflammation salpingienne. Mais si le curet-

1. Th. Paris, 1839.

tage est rarement dangereux dans les salpingo-ovarites simples sans lésions enkystées, nous le tenons au contraire pour extrêmement dangereux dans le cas de lésions enkystées et suppurées. Pendant le curettage, la traction exercée sur l'utérus peut amener la rupture du pyosalpinx dans le péritoine.

M. le Dr Le Teinturier a publié dans sa thèse (1872, Paris) de nombreux cas de mort dus à ce mécanisme, et cette année, M. le Dr Pichevin (1) a rapporté à la Société de Gynécologie un cas de péritonite suivie de mort, consécutive à la rupture d'un pyosalpinx après un curettage. Ces faits se passent de commentaires. Dans le fait rapporté par M. le Dr Pichevin, il n'y avait peut-être qu'une coïncidence malheureuse, mais nous nous étonnons de voir, au sein de la Société de Gynécologie, à propos du débat soulevé par la communication de M. le Dr Pichevin, les divers orateurs, n'attacher qu'une importance minime à de tels accidents. Ces derniers ne sont pourtant pas aussi rares que les honorables membres de cette société ont voulu le dire.

En résumé, si la dilatation et le curettage de l'utérus auxquels les partisans de cette méthode ajoutent encore aujourd'hui l'amputation du col, peuvent favoriser la guérison de salpingo-ovarites catarrhales ou suppurées profluentes, nous les condamnons entièrement dans les cas de collections suppurées et enkystées. Les difficultés du diagnostic en gynécologie, rendent cette méthode encore plus dangereuse et, je dirai plus, en font une méthode aveugle.

Les observations de M. Le Teinturier et l'observation de M. le Dr Pichevin que nous rapportons ici, sont là pour le prouver.

1. *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, juillet 1892.

OBS. I. — Publiée par M. le Dr R. Pichevin, *in Nouv. arch. d'obst. et de gynécologie* (25 juillet 1892). — Endométrite et pyosalpingite. — Diatation et curage. — Péritonite. — Laparotomie. — Mort.

H... Marguerite, âgée de 22 ans, couturière, entre le 2 janvier 1892, au n° 7 de la salle Lenoir (clinique chirurgicale de l'hôpital Necker).

Antécédents héréditaires. — Son père et sa mère sont peut-être morts de pneumonie. Une de ses sœurs a été enlevée par la coqueluche à l'âge de 2 ans.

Antécédents personnels. La malade a eu la coqueluche dans sa première enfance, à 15 ans elle a été atteinte de fièvre typhoïde.

Cette femme élevée à la campagne, a toujours eu des maux de tête et des maux d'estomac. La menstruation débute à 18 ans. Les règles reviennent à époque fixe et sont assez souvent accompagnées de douleurs de moyenne intensité, elles sont très abondantes et durent trois à quatre jours.

Pas de grossesse ; pas de fausse couche ; pas de leucorrhée.

Depuis un an, la malade souffre dans le bas-ventre et tout particulièrement du côté gauche, les douleurs ont augmenté dans ces derniers mois. Elles provoquent parfois des insomnies et empêchent cette femme de vaquer à ses occupations.

Aucun trouble digestif, pas de troubles urinaires.

La malade entre à l'hôpital à cause des souffrances qu'elle endure.

Les dernières règles ont pris fin il y a treize jours.

Cette malade a une perte utérine depuis huit jours.

Examen. — Le 4 janvier 1892. — Eversion et ectropion des lèvres du col.

L'utérus est en rétroversion peu prononcée.

La sonde pénètre transversalement dans la cavité utérine. On sent difficilement le corps de la matrice par le palper et le toucher combinés. La matrice est confondue avec une masse qui se trouve dans le cul-de-sac gauche et dans le Douglas. En usant que du toucher vaginal, on croirait que cette masse arrondie est le corps de l'utérus en rétro-latéro-déviation gauche.

Mais c'est une fausse interprétation. La tumeur est constituée par une masse d'oophoro-salpingite gauche, rémitente et indé-

pendante de la matrice, qui est un peu à droite, à côté et au-dessus de la salpingo-ovarite. Les ligaments utéro-sacrés et en particulier le droit, sont très tendus.

Le 7 janvier. — J'injecte dans la cavité utérine une certaine quantité d'hamaméline stérilisée (le contenu d'une seringue de Braun).

Le 8. — L'hémorrhagie est à peu près arrêtée. Deuxième injection d'hamaméline.

Le 9. — L'hémorrhagie est définitivement arrêtée. On laisse la malade au repos.

Injectons antiseptiques chaudes.

Du 20 janvier au 2 février. — On fait la dilatation utérine avec des lamineaires (les 20, 24, 27 janvier). L'introduction et le séjour des lamineaires ne donnent lieu à aucun incident : ni douleurs, ni fièvre.

Le 2 février. — Curage par M. le professeur Le Dentu, qui complète sous le chloroforme la dilatation utérine avec de grosses bougies de Hégar.

Cette malade va très bien depuis le curage. Les suites sont des plus simples. Pas de réaction. Elle demande tous les jours à se lever. Elle saute dans son lit, et ne peut rester un seul moment tranquille. Jamais on ne soupçonnerait qu'elle a subi une opération quelconque.

Elle sort même de son lit le 7 février.

Le 7 au soir température 37°, 4.

Le 8 au matin température 36°, 6.

Le 8 au soir température, 37°, 6.

Elle a des douleurs modérées dans le bas-ventre, et en particulier du côté gauche. La situation n'était pas inquiétante.

Le 10 février, à la visite, la malade raconte que depuis 4 heures du matin, elle a des douleurs violentes dans le bas-ventre et à gauche. Ces douleurs reviennent par accès.

Constipation depuis 3 jours. La malade a vomi pendant la nuit. A 8 h. 1/2 du matin et à 10 h. 1/2, vomissements verdâtres. Cataplasmes laudanisés.

Je trouve cette malade avec la face un peu altérée, le poulx à 70 environ, bon, plein ; pas de ballonnement.

Mêmes douleurs spontanées, très vives, plaintes, cris, vomissements. Je pense qu'il s'agit d'une péri-salpingite.

En effet, le 7 et le 8, il y a eu une légère élévation thermique accompagnée de quelques douleurs. Injection de morphine ; à onze heures du matin, les douleurs se calment.

Le soir, 10, mercredi, à la contre-visite, face grippée, vomissements, pas de ballonnement, le ventre est un peu dur au niveau de la fosse iliaque gauche ; pouls bon, plein, 80 pulsations. Douleurs spontanées, vives et revenant par crises. Je pense à la rupture d'un pyo-salpinx, et prie mon collègue, l'interne du service, de toucher la malade, il sent une grosse masse rénitente à gauche. L'idée de l'intervention est déjà bien nette dans mon esprit.

Température du 10 : matin, 36°,4 ; le soir, 36°,8.

Ce qui m'arrête et m'empêche d'opérer d'urgence pendant la nuit, c'est l'état du pouls qui est bon et pas trop fréquent (de 70 à 80 pulsations).

Il faut ajouter que j'avais un furoncle ouvert depuis la veille et que j'avais peur d'infecter la malade.

* Le jeudi matin, la température est à 36°2.

La face est plus grippée. Les douleurs sont moins vives, mais il y a de la tension du ventre du côté gauche.

Dans la nuit, quelques vomissements verdâtres ont troublé le repos de la malade. Le pouls est à 84, il est de bonne tenue, très régulier. Cette fois, je réclame la laparotomie immédiate. J'estime qu'il y a eu rupture d'un pyosalpinx et qu'il existe déjà de la péritonite.

Mais on ne fait pas toujours ce que l'on veut, même à l'hôpital. Certaines circonstances matérielles m'empêchèrent de mettre à exécution mon projet d'opérer le jeudi matin.

Le soir, la température était à 37°8. Mais la situation avait été en empirant. M. Le Dentu me fit téléphoner et me pria de me rendre le lendemain dès la première heure à l'hôpital pour opérer cette femme.

Le vendredi 12, l'état était plus grave, pouls à 70 encore bon, bien frappé, douleurs très vives, mais altération très marquée de la face.

Je fais la laparotomie. Je constate tout d'abord des adhérences de l'épiploon à une masse profondément située.

Je tombe sur une masse du volume du poing, dure comme du bois en certains points et fermement adhérente à la partie posté-

rieure du bassin. Il existe de la péritonite s'étendant depuis le petit bassin jusqu'à l'ombilic : rougeur des anses intestinales qui sont recouvertes en certains endroits de fausses membranes glutineuses.

C'est avec une peine infinie que j'arrive à décortiquer la masse oophoro-salpingitique fixée aux parois du bassin.

A un moment donné la poche se rompt et il s'écoule du pus dans la cavité pelvienne. L'utérus était confondu avec la tumeur et très adhérente au rectum. Je détache les adhérences postérieures. Les ligaments utéro-sacrés (surtout le droit) sont gros comme le doigt, durs et résistants.

A droite, la trompe est saine, l'ovaire est entouré de fausses membranes épaisses et adhérentes, ce qui rend l'extirpation assez pénible. Je fais passer 12 à 14 litres d'eau stérilisée et salée dans le ventre. Tamponnement à la gaze iodoformée. Sutures au crin de Florence.

La pièce principale est constituée par une masse oophoro-salpingitique du volume d'une mandarine. La portion interne de la trompe, atteinte d'inflammation parenchymateuse, est grosse comme le doigt. La portion externe est dilatée et renfermait le pus qui s'est écoulé dans le ventre.

Les parois de la poche sont épaisses.

L'ovaire accolé à cette poche est ratatiné, fibreux et dur.

La malade est morte le lendemain.

TRAITEMENT DES PYOSALPINGITES SUPPURÉES PAR L'ÉLECTRICITÉ

Les iatro-électriciens dans leur désir de généraliser le traitement électrique à toutes les affections du domaine de la gynécologie n'ont pas craint d'attaquer les salpingo-ovarites suppurées par la galvano-caustique chimique.

« Toute ovaro-salpingite, a dit M. le Dr Apostoli, peut
« être traitée par l'électricité. Il faut interrompre aussi-
« tôt si la réaction fébrile est très intense; il s'agit alors
« de pyosalpingite qui ne sera justiciable de la création
« d'une fistule par galvano-puncture qu'en cas de projec-
« tion de la tumeur dans le vagin. Ce traitement est un
« traitement de choix, puisqu'il ne mutile pas la femme
« et lui laisse l'espoir, ainsi que je l'ai vu souvent d'une
« nouvelle grossesse. »

M. le Dr Gautier, lui, va plus loin et traite la salpingo-ovarite suppurée par la galvano-caustique chimique négative, à faible intensité, de 70 à 80 milliampères. Ses malades au nombre de huit, avaient consulté des chirurgiens qui, unanimement, conseillèrent la laparotomie.

Sous l'influence du traitement galvanique, la suppuration a diminué, ainsi que les douleurs et la restauration des forces a été manifeste.

Si la tumeur fait dans le vagin une forte saillie, si elle est sous-muqueuse, nous ne voyons aucun avantage à employer la galvano-puncture pour l'ouvrir, au lieu du bistouri ou du trocart sonde du Pr Laroyenne. Il ne s'agit point ici d'un traitement électrique proprement dit, il n'y a qu'un cautère actuel substitué à l'instrument tranchant, et la méthode ne diffère point de l'incision vaginale ou de la simple ponction. La crainte seule de l'hémorrhagie

autoriserait un opérateur inexpérimenté à employer le galvano-cautère. L'établissement d'une fistule par galvano-puncture, comme le veut M. le D^r Apostoli, loin d'être avantageux, nous paraît au contraire défavorable. La fistule dans tous les cas doit être évitée, car elle ne peut que compliquer une intervention ultérieure.

Si le traitement employé par M. le D^r Gautier a pu donner des améliorations, il peut aussi dans d'autres circonstances provoquer des accidents graves, tels que réaction fébrile intense, accidents de péritonite constatés par M. le D^r Apostoli.

Avec ce dernier, nous rejetons d'une façon absolue le traitement par la galvano-caustique chimique qui, pensons-nous, ne saurait amener la guérison et même peut devenir la cause de graves accidents.

L'observation suivante nous montre les dangers de l'électricité et nous prouve que l'électrisation n'est pas encore jusqu'ici destinée à remplacer le bistouri du chirurgien dans les cas où la laparotomie a été impuissante.

OBS. II. — N° 5. In tableaux (incisions exploratrices) de M. Terrillon.

L... Valérie, 16 juin 1889, 37 ans.

Règles régulières, pas d'enfants.

Début difficile à déterminer; cependant il y a quatre mois, arrêt brusque des règles, douleurs abdominales et fièvre.

Urines normales.

Accidents antérieurs à l'opération :

Au moment des règles, poussées douloureuses qui font croire à une hématocele.

Diagnostic probable : hématocele (Féréol). Corps fibreux (service).

Opération. — Incision exploratrice (juin 1886) : on trouve derrière l'utérus une masse demi-fluctuante, adhérente et enclavée dans le bassin et tellement liée à l'utérus qu'on croit à un fibrome mou. Guérison rapide de l'incision exploratrice.

Résultats éloignés ; 26 et 28 juillet, électrolyse, par M. le Dr Apostoli.

Le 29 juillet. — Péritonite. Mort le 2 août.

Autopsie. — Péritonite purulente généralisée. Derrière l'utérus, deux poches contenant l'une du pus, l'autre du liquide citrin et une poche contenant du liquide noir.

Probablement kyste ovarique multiple.

Pour ne point trop accabler le traitement électrique, admettons que l'observation précédente n'est pas absolument démonstrative ; l'apparition de la péritonite après l'emploi du traitement électrique n'étant peut-être qu'une simple coïncidence.

TRAITEMENT DES ABCÈS PÉRI-UTÉRINS

PAR LA PONCTION ASPIRATRICE

La ponction aspiratrice peut être faite par le vagin, par le rectum ou à travers la paroi abdominale. Elle peut être simple ou suivie d'injection modificatrice ou antiseptique. Avant la période de thérapeutique active des suppurations pelviennes, la ponction était quelquefois employée, mais disons-le, assez rarement, car si avant l'ère antiseptique, elle a donné quelques guérisons, elle a souvent aussi été suivie de fâcheux résultats.

Aran y avait rarement recours, et dans les cas où elle fut employée, la ponction fournit non seulement des résultats peu satisfaisants, mais souvent les plus fâcheux mécomptes.

Elle était fréquemment suivie d'accidents septiques après avoir procuré une amélioration momentanée.

Depuis l'avènement de la méthode antiseptique, quelques médecins ont tenté de la réhabiliter, mais leurs efforts ont été vains, et malgré quelques cas de guérison ou d'amélioration obtenues par ce traitement, la ponction même aseptique, quoique n'étant plus considérée comme dangereuse, n'est admise aujourd'hui que comme une méthode palliative et utile seulement dans certains cas urgents, lorsque la poche est très volumineuse, qu'elle fait une forte saillie vers l'extérieur, et lorsque, la malade refusant une intervention plus radicale, il y a lieu de redouter certaines complications telles que rupture de l'abcès et issue du pus dans le péritoine. Cependant la ponction aspiratrice a souvent été très utile, et les opérateurs ont grâce à elle obtenu sinon des guérisons complètes au moins des améliorations évidentes, ils ont

parfois tiré d'une situation dangereuse des femmes, qui livrées à l'expectation, auraient succombé.

La ponction seule est impuissante, dans l'immense majorité des cas, à amener la guérison d'une collection suppurée de la trompe, de l'ovaire ou du péritoine.

Cette méthode doit par conséquent être rejetée en tant que méthode curatrice. Est-elle sans inconvénients? Nous le pensons, mais à condition qu'elle soit absolument aseptique; sinon elle peut entraîner de graves accidents.

Si la collection n'est pas suppurée, diagnostic qui souvent n'est point établi, une ponction non aseptique pourra en entraîner la suppuration et toutes ses conséquences.

S'il y a du pus, l'introduction de nouveaux germes dans le foyer peut rendre au pus, dont la virulence sera souvent atténuée, toutes ses propriétés septiques premières.

Quand on ponctionne un abcès péri-utérin, il faut tenir compte d'une notion importante, c'est l'état anatomique de la paroi qui limite l'abcès. Une collection dont la paroi est formée par une coque épaisse, rigide, résistante, sera presque impossible à guérir par la ponction. Le pus évacué, la coque ne peut se rétracter et le pus se reproduit. La notion de l'épaisseur, de la rigidité de la paroi, a plus d'importance que celle du volume de l'abcès.

Une vaste poche, à parois souples, guérira plus facilement après ponction, qu'une petite collection à parois rigides. Ces raisons anatomiques nous montrent *a priori* qu'une collection récente sera plus susceptible d'être heureusement influencée par la ponction, qu'une collection déjà ancienne.

Dans les cas récents, la coque qui limite l'abcès, n'a pas eu le temps, sous l'influence d'une inflammation chronique, de prendre une grande épaisseur et une rigidité suffisante pour empêcher sa rétraction après évacuation du pus.

Si la surface interne de la collection enkystée est une

muqueuse, c'est là une condition encore défavorable, mais la guérison est cependant possible.

Au point de vue du manuel opératoire, la ponction n'offre rien de spécial. On se servira de la grosse aiguille de l'aspirateur. Le chirurgien n'a à se préoccuper que d'éviter la blessure des artères vaginales, utéro-ovariennes et de l'uretère. Si l'abcès est collé contre le vagin, s'il est pour ainsi dire sous-muqueux, il n'y a rien à craindre, la ponction sera faite au niveau du point le plus saillant de la tumeur. Dans le cas contraire, si la collection est haut située, loin de la paroi vaginal (et dans ce cas nous conseillons de ne pas faire la ponction), il faudra introduire le trocart en arrière d'une ligne transversale, passant immédiatement derrière l'utérus. Si la tumeur est située en avant de cette ligne, il importe néanmoins d'introduire d'abord le trocart en ce point, quitte ensuite à porter la pointe de l'instrument plus en avant.

L'évacuation spontanée des abcès péri-utérins par la voie rectale et leur guérison consécutive a depuis longtemps engagé les chirurgiens à pratiquer la ponction de ces abcès par le rectum. Si la nature agit souvent ainsi, ce n'est pas toujours avec succès. L'antisepsie du rectum est presque impossible et une intervention par cette voie, est selon nous dangereuse et doit être rejetée.

Comme la ponction par le vagin, la ponction à la paroi abdominale ne doit être utilisée que dans les cas où la collection est très proéminente, fait qui sera désormais rarement observé, grâce aux nombreuses méthodes chirurgicales que nous possédons actuellement et qui n'autorisent plus aujourd'hui le chirurgien à attendre que l'abcès proémine au dehors.

Si l'abcès n'est pas en contact intime avec la paroi, nous rejetons la ponction dans la crainte que du pus ne se répande dans le péritoine.

Depuis longtemps, la ponction, en tant que méthode générale de traitement des abcès pelviens, était tombée

dans un grand discrédit. Sous l'influence des tendances réactionnaires contre l'abus des grandes opérations dans le domaine de la gynécologie, tendances réactionnaires dont les principaux représentants sont M. le Dr Doléris et M. le professeur Le Dentu, la ponction vient d'attirer de nouveau depuis quelque temps l'attention des gynécologistes, M. le professeur Le Dentu cite deux cas de guérison obtenue par cette méthode. Dans un cas à l'hôpital Saint-Louis, la ponction vaginale fut répétée deux fois et chaque fois donna issue à un litre et demi de pus (1).

A la société d'obstétrique et de gynécologie, M. le Dr Nitot a communiqué cette année même une intéressante observation d'abcès péri-utérin traité et guéri par la ponction. Nous rapportons ici cette observation.

En 1867, le Dr Hervot, dans sa thèse inaugurale, inspirée par le Dr Tenneson, recommande la ponction aspiratrice aseptique et rapporte plusieurs cas de guérison ou d'amélioration obtenues par ce traitement. Dans ce travail, trois des observations relatées ont trait à des collections suppurées.

OBS. III. — Publiée par M. le Dr Nitot (*Soc. obst. et gyn. de Paris*, 5 mai 1892). Traitement des pyo-salpinx et des salpingites enkystées de petit volume par la ponction aspiratrice suivie de lavage antiseptique au sublimé.

M^{me} X..., âgée de 25 ans, sans passé utérin, fait au mois de juillet dernier une fausse couche provoquée, de deux mois et demi, à la suite de laquelle elle est prise de fièvre et de violentes douleurs dans le ventre. D'abord elle se soigne seule, mais bientôt, devant la persistance et l'acuité des accidents inflammatoires, elle est obligée de consulter le Dr Ménard, qui nous fait l'honneur de nous appeler en consultation le 25 août 1891.

Nous trouvons la jeune femme fébrile (39°), extrêmement amaigrie, souffrant continuellement dans le bas-ventre d'élancements

1. *Nouv. arch. d'obst. et gyn.*, mars 1892.

douloureux. L'abdomen est tendu et sensible à la moindre pression.

Le toucher, rendu extrêmement difficile par la douleur, fait constater dans le cul-de-sac postérieur, une tumeur inflammatoire, dure, avec battements, qui remplit le Douglas, et refoule le corps de l'utérus complètement derrière le pubis. Dysurie. Constipation.

Le cas nous paraît grave ; mais devant l'acuité des lésions inflammatoires qui ne menacent pas l'existence de la malade, et qui d'autre part rendraient, à notre avis, une intervention radicale par la laparotomie extrêmement difficile et même dangereuse, nous sommes d'avis d'attendre pour intervenir, et de n'employer que des soins médicaux.

L'inflammation péri-utérine paraît du reste être arrivée au maximum et, pendant deux semaines, la malade reste dans le même état. Mais bientôt l'amélioration s'accroît ; les douleurs diminuent ; la fièvre tombe ; l'état général est meilleur.

La tumeur inflammatoire du cul-de-sac postérieur, devenue moins sensible, diminue notablement et l'utérus reprend peu à peu sa mobilité.

Les mêmes soins sont continués, et bientôt le cul-de-sac postérieur devient complètement libre ; mais, en arrière et du côté gauche, on constate une petite tumeur fluctuante, très douloureuse, que nous pensons être la trompe augmentée du volume et contenant probablement du pus, car chaque soir la température de la malade augmente d'un degré environ sur celle du matin qui est normale.

Nous parlons alors à la famille d'une intervention nécessaire en essayant de démontrer qu'actuellement une opération radicale de laparotomie n'aurait plus les dangers d'une intervention faite en pleine maladie. Mais, toute opération grave est rejetée par avance et l'on nous demande de réduire au minimum un acte chirurgical utile que nous trouvons nécessaire.

C'est alors que nous proposons au Dr Ménard la ponction aspiratrice, faite sous le chloroforme, et suivie immédiatement du lavage de la poche avec une solution de sublimé, nous réservant d'ouvrir le cul-de-sac postérieur au cours de l'opération, si nous le jugeons utile. Cette proposition est acceptée par la famille, et

l'opération a lieu dans les premiers jours du mois d'octobre, six semaines environ après le début des accidents.

Sous le chloroforme, nous vérifions notre diagnostic et nous constatons qu'il existe dans le cul-de-sac gauche et postérieur une tumeur fluctuante du volume d'une noix verte.

Après un savonnage minutieux du vagin avec la liqueur de Van-Swiéten, nous ponctionnons la tumeur avec le gros trocart de l'appareil aspirateur, pendant que notre main gauche placée sur le ventre cherche à immobiliser la tumeur. Il s'écoule dans la bouteille une certaine quantité de pus granuleux ; puis pendant que la canule reste en place, nous injectons dans la poche une solution de sublimé au millième que nous aspirons de nouveau et qui nous paraît encore chargée de matières purulentes diluées. Nous faisons une seconde fois une semblable injection qui sort claire lorsque nous l'aspirons, et, avant de retirer l'aiguille, nous nous assurons que nous laissons dans la poche une petite quantité du liquide antiseptique comme modificateur.

Bourrage de la cavité vaginale avec de la gaze iodoformée.

Les suites de cette opération ont été des plus simples. Apyrexie complète. Les jours suivants, on a remarqué qu'à travers la gaze vaginale une certaine quantité de liquide clair s'était écoulée.

Le pansement est renouvelé le troisième et le sixième jour, et le même fait est observé, bien qu'il soit impossible, au moment du pansement, de constater avec le doigt la moindre trace d'orifice.

Le huitième jour, la malade se lève et ne perd plus rien.

Elle continue son traitement médical de balnéation et va de mieux en mieux.

Au mois de janvier dernier, elle est venue nous voir, et nous n'avons plus constaté dans le cul-de-sac gauche qu'un cordon dur et insensible.

Nous avons appris, ces jours derniers, qu'elle se portait à merveille et qu'elle avait repris sa vie régulière, sans jamais ressentir dans le ventre aucun phénomène douloureux. »

OBS. IV. — (D^r Hervot. — Th. Paris 1887). — Résumée. —
Hôpital Saint-Antoine. — Service de M. Tenneson.

Femme, 61 ans. — Début 6 mois : douleurs dans le bas-ven-

tre. Ménopause à 46 ans. Utérus immobilisé. Dans le cul-de-sac postérieur, tumeur dure, bosselée qui se prolonge dans les culs-de-sac latéraux. Au palper, tumeur dure, plus volumineuse à droite, remontant à quatre travers de doigt au-dessus du pubis.

Ponction vaginale. Liquide séro-purulent, 100 grammes environ, puis ponction rectale, liquide hémorrhagique.

Seize jours plus tard, au palper, la tumeur dépasse à peine le pubis, au toucher l'utérus est plus mobile. La malade se trouve bien et veut quitter l'hôpital.

OBS. V (Dr Hervot: — Thèse. Paris, 1887). — Résumée.
Hôpital Saint-Antoine. — Service de M. le Dr Tenneson.

L. C., 21 ans. Accouchement à 17 ans. Avortement de 4 mois un an avant en 1885. A la suite, douleurs. Tumeur remontant à deux travers de doigt de l'ombilic, douloureuses s'étalant dans les fosses iliaques. Col appliqué derrière le pubis. Cul-de-sac gauche occupé par une tumeur dure, ligneuse, qui contourne en arrière le col en forme de croissant.

Ponction vaginale et rectale, 250 grammes de liquide brunâtre peu fétide.

Suites : élancements dans le rectum. Ventre moins douloureux. Diminution de la tumeur.

Huit jours plus tard, vomissements, frissons douleurs.

Huit jours après, nouvelle ponction, 300 grammes de pus fétide. Les jours suivants ponctions rectales qui donnent une petite quantité de pus, puis ponction hypogastrique, 300 grammes de pus.

Les jours suivants, un flot de pus s'écoule par le rectum.

A la suite, poussées inflammatoires de temps en temps.

Quatre mois après, la malade finit par guérir et sort de l'hôpital, 4 mai 1887.

OBS. VI (Dr Hervot, thèse de Paris, 1887). — résumée. — Communiquée par M. Legrand, interne de M. le professeur Dieulafoy.

En 1886, une malade entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Dieulafoy, avec les symptômes d'une pelvi-péritonite.

La tumeur fait saillie dans le cul-de-sac retro-utérin et repousse l'utérus en avant et en haut. Elle est dure avec quelques points fluctuants perceptibles par le vagin et le rectum.

Fièvre hectique avec grandes oscillations.

Ponctions vaginale et rectale, 80 à 100 grammes de pus fétide ; la fièvre tombe ; l'utérus reprend sa place.

Quelques jours après, deux nouvelles ponctions, 20 grammes de pus.

Guérison après deux mois.

Les autres observations rapportées par M. le Dr Hervot sont relatives à des collections séreuses. L'examen de ces observations, malgré les conclusions optimistes de l'auteur, nous montre des résultats qui sont loin d'être favorables. Plusieurs interventions ont été suivies de phénomènes péritonitiques. Dans l'observation II, la ponction a été suivie de suppuration. Nous voulons bien croire qu'elle a été faite antiseptiquement, mais une des ponctions a été faite par le rectum, ce qui est incompatible avec une bonne antiseptie.

M. le Dr P. Delbet (1) rapporte deux observations de salpingite traitées par la ponction ; l'un est de Bouchior Nicholson. Ici, comme dans les observations de M. Hervot, le résultat définitif est douteux. Dans le second cas qui appartient à Reverdin, la ponction fut suivie d'accidents qui nécessitèrent à la suite le débridement vaginal, une incision au-dessus du ligament de Fallope et finalement la laparotomie.

La ponction suivie de drainage ne nous paraît pas aujourd'hui rationnelle, nous ne la discuterons pas, un drainage parfait ne pouvant être efficacement obtenu que par une incision large et suffisante.

A la Société gynécologique anglaise (2) (28 décembre 1888), dans une discussion sur le traitement des salpingites, Routh exprima l'idée qu'il suffirait de les ponctionner et d'injecter de l'iode. A la suite, il se ferait une résorption

1. *Loco citato*.

2. *Report universel d'obst. et gyn.*, 1889.

du liquide d'où résultait la disparition des symptômes.

Cette opinion fut violemment combattue par Lawson Tait pour qui, laisser des annexes en pareil état, est criminel. La ponction, prétend Lawson Tait, n'a jamais procuré de guérisons. Dans un rapport sur une laparotomie, ce maître fait remarquer qu'il existait plusieurs poches, et que si l'on en eut voulu ponctionner par le vagin, il eut fallu ponctionner plusieurs cavités. D'où il conclut que la ponction est non seulement une méthode insuffisante, mais encore une méthode aveugle.

Tel est aussi l'avis d'Emmet qui « ne peut, dit-il, envisager l'introduction d'un trocart dans les tissus pelviens en état d'inflammation, comme un procédé absolument inoffensif dans tous les cas ».

A l'appui de l'opinion de Lawson-Tait, défavorable à la ponction, nous citerons encore un fait de R. Jackson, communiqué à la société gynécologique de Chicago (19 février 1886) (1). Dans cette observation, il s'agit d'un abcès pelvien qu'il fallut ouvrir à la paroi abdominale après avoir vainement tenté la ponction vaginale.

Pour conclure, nous dirons que, sans frapper d'ostracisme absolu la ponction d'une façon générale, à l'exemple de Lawson-Tait, nous admettons cette opération dans certaines circonstances, quand l'état général est par trop grave et qu'aucune opération ne peut être tentée, ou encore, comme le fait remarquer M. Delbet, quand la malade refuse une intervention plus active.

Si la ponction donne ordinairement peu de résultats curatifs, nous sommes d'avis que, pratiquée aseptiquement, elle est habituellement inoffensive et qu'elle pourrait être utilisée plus fréquemment, non comme méthode de traitement, mais comme moyen de diagnostic.

L'examen clinique est impuissant à faire reconnaître

1. *Repert. universel d'obst. et de gyn.* 1887, p. 439.

1. *Loco citato.*

l'existence du pus et encore moins les qualités plus ou moins virulentes de ce dernier, qualités virulentes sur lesquelles pourtant, il serait si important d'être renseigné avant d'entreprendre la laparotomie. Munde emploie la ponction toutes les fois qu'il soupçonne du pus dans un exsudat pelvien et que l'abcès est superficiel, c'est-à-dire directement abordable.

Pour M. Terrillon, la ponction exploratrice est un excellent moyen de diagnostic qui, entouré de précautions antiseptiques, donne des renseignements précieux.

Dans les cas où la tumeur est profonde, M. Terrillon a pensé que l'écoulement du pus dans le péritoine pendant la ponction, était favorisé par la disposition des aiguilles de l'aspirateur ordinaire, qui présentent habituellement près de leur extrémité un orifice latéral par lequel le pus peut s'écouler au moment où le trocart pénètre dans l'abcès ou en est retiré. Pour parer à cet inconvénient, M. Terrillon a fait construire un trocart privé d'orifice latéral, et donnant une sécurité plus grande. Malgré cela, nous pensons qu'il faut s'abstenir de la ponction dans tous les cas où la tumeur est profonde.

Voici la statistique de M. P. Delbet, statistique peu encourageante :

Pelvi-péritonites traitées par la ponction.

7 cas. — 5 guérison.
1 mort.
1 cas douteux.

Phlegmons péri-utérins traités par la ponction.

17 cas. — 9 guérisons.
6 morts.
2 cas traités ultérieurement par le drainage
ou l'injection iodée.

De cette étude nous concluons que :

1° La ponction est insuffisante pour amener la guérison, soit des salpingites, soit des autres abcès pelviens ;

2° Elle n'est pas une méthode sur laquelle on peut compter, excepté peut-être dans les cas d'abcès petits et récents ;

3° La ponction est seulement utile, soit pour établir, soit pour confirmer le diagnostic de l'existence du pus dans une collection péri-utérine.

DÉBRIDEMENT VAGINAL

SANS OUVERTURE DU PÉRITOINE OU MÉTHODE DU PROFESSEUR
LAROYENNE.

Dès 1886, M. le professeur Laroyenne fit connaître dans le *Lyon médical* une nouvelle méthode de débridement vaginal applicable au traitement des collections péri-utérines à épanchement latent, de nature purulente séreuse ou hématique. Son procédé consiste à traiter ces collections par la ponction vaginale suivie de débridement à l'aide d'un trocart dont la canule est fendue à son extrémité dans la moitié de sa longueur, à la manière d'une sonde cannelée. La ponction faite et la présence du pus constatée, on introduit dans la cannelure directrice du trocart qui a été laissé en place, un lithotome ou le métrotome de Simpson qui chemine facilement jusque dans le foyer pathologique.

Le lithotome est retiré en divisant les tissus dans une ouverture compatible avec l'introduction dans la cavité d'un ou deux doigts. L'hémorrhagie est arrêtée à l'aide d'une éponge introduite dans l'ouverture, de telle sorte que sa partie moyenne y est étranglée et amène par suite l'hémostase. Le lendemain, l'éponge est retirée et le drainage établi dans la cavité de l'abcès à l'aide d'un tube en verre recourbé à son extrémité. La méthode du professeur Laroyenne a fait depuis, le sujet de la thèse d'un de ses élèves M. le Dr E. Blanc et a été l'objet de la part de M. le Dr Goullioud, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon, d'une communication au congrès français de chirurgie (4^e session 1889), dans laquelle ce dernier

auteur a exposé les résultats souvent heureux de la méthode adoptée par son maître.

M. le Dr Goullioud a depuis publié sur le même sujet, un travail suivi de trente et une observations dans les *Archives de Tocologie et de Gynécologie* (1891).

M. Bouilly adoptant pour certains cas la méthode de M. Laroyenne a communiqué à la Société de Chirurgie (9 juillet 1890) six observations de collections suppurées des trompes et de l'ovaire ouvertes par la voie vaginale. Mais il ne s'est adressé qu'aux collections situées très haut, au-dessus des culs-de-sac vaginaux, dont l'ouverture ne s'offre pas d'emblée et qu'il faut percevoir au moyen du palper et du toucher combinés.

Voici les faits rapportés par M. Bouilly :

1° Dans le premier cas, M. Bouilly avait fait une laparotomie restée exploratrice à cause des adhérences. Plus tard, il fait l'ouverture de la collection par le vagin au moyen du thermo-cautère après ponction.

Au huitième jour, hémorrhagie secondaire arrêtée par le tamponnement.

2° Dans le second cas, ouverture vaginale d'un pyosalpinx. Guérison parfaite immédiate.

3° Même intervention. Guérison complète du côté opéré, mais la malade continue à souffrir de l'autre côté où existe une salpingite non suppurée.

4° Salpingite, fistule rectale, fièvre hectique. Incision vaginale, cessation des accidents fébriles et hectiques. Guérison avec persistance d'un trajet fistuleux.

5° Accidents péritonéaux quelques jours après le mariage. Suppuration rapide. Ouverture dans le rectum. Etat général très alarmant rendant la laparotomie bien difficile. Incision par le vagin, cessation des accidents immédiats. Depuis la malade garde une fistule vaginale.

6° Suppuration ancienne de l'ovaire. Poussée aiguë après un voyage. Tumeur du volume d'un petit melon. Température à 40°. Incision vaginale. Amélioration

rapide. Quelques jours après la malade peut repartir en voyage.

M. le professeur Laroyenne admet, comme indication essentielle de sa méthode, que l'abcès soit directement abordable et proémine dans le cul-de-sac postérieur. Telle est également l'opinion de Parish. M. Bouilly, au contraire, élargissant beaucoup les limites des indications, applique l'incision vaginale à des abcès difficilement abordables, hauts et profondément situés.

Les autres indications admises par M. Bouilly sont :

1° Le fait qu'il a été pratiqué antérieurement une laparotomie qui a dû rester exploratrice :

2° Un état général grave contre-indiquant la laparotomie ;

3° L'existence d'une poche unique ;

4° L'unilatéralité des lésions.

Pour M. Laroyenne, cette dernière indication n'est pas absolue.

MM. Le Dentu et Polaillon admettent encore que la poche ne doit pas être trop ancienne, état qui expose davantage à la persistance d'une fistule.

A l'occasion de la communication de M. Bouilly à la Société de Chirurgie, s'éleva au sein de cette société une polémique à laquelle prirent part MM. Polaillon, Routier, Peclus, Terrier, Monod et Terrillon.

M. Terrier condamne l'incision vaginale appliquée au traitement des suppurations de la trompe, de l'ovaire et du péritoine. Il rappelle la pratique de Chassaignac qui utilisait ce procédé.

Des phénomènes graves en étaient la conséquence et il persistait presque toujours une fistule. Un état général grave, la fièvre hectique ne sont pas non plus une indication.

M. Terrier oppose à l'incision vaginale les succès de la laparotomie, même quand elle est pratiquée chez des malades atteintes de phénomènes graves et présentant

une température de 40° et plus. Après la laparotomie, la fièvre et les phénomènes septiques disparaissent.

L'incision vaginale prévient tout au plus l'évolution spontanée des collections qui s'ouvrent dans le rectum, la vessie, le vagin, et les fistules consécutives à l'opération sont intarissables.

Les services rendus sont minimes, les accidents immédiats sont conjurés il est vrai, mais la guérison complète n'est point obtenue. M. Terrillon reproche encore à l'incision vaginale la possibilité d'hémorragies consécutives très difficiles à arrêter.

Manuel opératoire. — Le manuel opératoire suivi par M. le P. Laroyenne comprend trois temps :

- 1° La ponction ;
- 2° De débridement ;
- 3° L'hémostase.

La ponction se fait à l'aide d'un trocart sonde spécial, d'un diamètre et d'une résistance supérieure à ceux du trocart à hydrocèle. Il a la courbe et la longueur de l'hystéromètre. La résistance du trocart est en rapport avec l'énergie qu'il faut parfois déployer pour ponctionner la coque souvent très épaisse et très résistante. Il est introduit dans les tissus par des mouvements combinés de pression et de rotation. La courbure légère du trocart est utile dans les cas où l'on a à ponctionner des abcès sur les parties latérales.

Dans ce dernier cas, il faut d'abord ponctionner en arrière, sur les côtés du cul-de-sac de Douglas, en arrière des artères utérine et vaginale que l'on sent souvent battre sous le doigt.

On continue la ponction en portant la pointe du trocart de plus en plus en avant vers la collection. Il ne faut jamais ponctionner directement sur les parties latérales du col, de crainte de blesser l'artère utérine. Quant à la blessure de l'uretère, qui aurait des conséquences beaucoup

plus graves, on l'évitera en suivant la même règle et en se rapprochant du col utérin le plus possible.

Si l'abcès est situé en avant de l'utérus, derrière la vessie, il faudra s'entourer des plus grandes précautions et s'aider du toucher combiné au cathétérisme. Le professeur Laroyenne a aplati légèrement l'extrémité de sa canule, sur une longueur de quelques centimètres, de façon à pouvoir cheminer au besoin entre la vessie et l'utérus, en rasant ce dernier organe. Du reste, si la collection est un peu considérable, la vessie sera repoussée en avant, surtout si l'abcès est proéminent, et elle sera d'autant moins exposée à être blessée.

La ponction faite, on retire le trocart, en maintenant la canule en place. Cette canule fendue dans la moitié de sa longueur, remplit alors l'office d'une sonde cannelée.

La ponction exécutée, on passe au second temps : *le débridement*.

Celui-ci se fait avec le lithotome ou le métrotome de Simpson. Après avoir préalablement limité l'écartement maximum, cet instrument est introduit sur la cannelure de la sonde par laquelle on a déjà vu sortir un peu de pus, puis il est retiré en coupant les tissus assez largement pour permettre d'introduire dans le foyer un ou deux doigts suivant son importance.

Le foyer principal ouvert, on recherche par le palper bi-manuel la présence d'autres collections. Dans ces conditions, celles-ci sont alors plus facilement perceptibles et elles peuvent souvent être ouvertes avec le doigt.

Le débridement ne doit pas dépasser les limites du cul-de-sac vaginal, sans quoi on serait exposé à la blessure d'une des branches de l'hypogastrique, l'hémorrhoidale moyenne.

Il faut aussi donner à la section du vagin la même ampleur qu'à la brèche du foyer pathologique.

Un des accidents possibles du débridement, c'est la

lésion du rectum que l'on évitera en maintenant l'index gauche, dans le vagin et le médius dans le rectum.

Hémostase. — Le débridement achevé et la collection largement ouverte, M. Laroyenne procède à l'hémostase qu'il réalise de la façon suivante:

A l'aide d'une longue pince, une éponge est introduite dans la cavité, de telle sorte que sa partie superficielle reste dans le vagin, sa partie moyenne étant étranglée au niveau de la plaie.

Cette éponge, pour être efficace, doit naturellement être assez volumineuse et entrer à frottement; elle doit être à maille fines et par suite plus élastique et plus hémostatique. Il va sans dire qu'elle doit être aseptique.

Pour conserver son élasticité, elle ne doit pas être bouillie.

Notre maître, M. le Dr Chaput, nous a dit s'être très bien trouvé de l'emploi de l'éponge hémostatique de Laroyenne, qu'il a utilisée dans un des cas que nous rapportons à la fin de ce chapitre.

En dehors de son action hémostatique, l'éponge a un autre avantage, elle dilate le débridement. Quand on l'enlève, la cavité n'apparaît plus que comme un simple diverticule de la cavité vaginale. Avant son introduction, l'éponge aseptique est saupoudrée d'iodoforme et trempée dans la pétro-vaseline iodoformée.

Soins consécutifs. — Après 48 heures, l'éponge est remplacée par une mèche de gaze iodoformée qui n'est changée que tous les huit jours. Rarement une hémorrhagie secondaire obligera à mettre une nouvelle éponge.

Il faut s'efforcer de maintenir l'orifice de débridement ouvert. S'il se rétrécissait, il faudrait le dilater à l'aide d'une tige de laminaire. Dans les cas heureux, la poche se rétrécit rapidement et les phénomènes généraux disparaissent.

Les lavages consécutifs ne doivent être employés que sous une faible pression et seulement en cas d'accidents

d'infection, quand il y a de vastes poches peu rétractiles et à coque épaisse.

Il est souvent difficile de maintenir l'orifice de débridement largement ouvert même en bourrant la cavité de l'abcès d'une grande quantité de gaze iodoformée. Celle-ci doit être changée assez souvent et la quantité de gaze qui peut être réintroduite à chaque nouveau pansement devient de plus en plus minime, la gaze ne pouvant lutter contre la rétraction de l'orifice qui peut finir par se former malgré tous les efforts du chirurgien.

Pour éviter cet inconvénient, M. le Dr Chaput, qui a eu l'obligeance de nous donner les deux intéressantes observations qu'on lira à la fin de ce chapitre, a établi le drainage à l'aide du drain de Verchère-Malecot.

Ce drain construit sur le principe de la sonde à demeure de Malecot, une fois introduit dans la cavité de l'abcès, reste fixé grâce à ses parties saillantes.

Ce drain laissé en place plus ou moins longtemps, empêche la fermeture de l'abcès. Il n'oblige point à faire de pansements répétés que l'on remplace par de simples injections vaginales.

Le drainage est parfait et peut être gardé très longtemps par la malade.

L'extrémité du drain est laissée libre dans le vagin et n'a pas besoin d'être fixée par un point de suture au col de l'utérus, ainsi que le conseille M. Péan.

De plus, ce drain a sur la gaze iodoformée l'avantage de ne pas s'opposer, comme cette dernière, à l'écoulement libre des sécrétions.

En résumé, le procédé opératoire est le suivant : Après désinfection et anesthésie, la malade est maintenue dans le décubitus dorso-sacré. Par le toucher vaginal, rectal et le palper abdominal combinés, le chirurgien s'assure de la situation et des rapports de la tumeur. Un aide déprime ensuite la paroi abdominale pour faire proéminer la collection vers le vagin et fournir une résistance à la ponc-

tion. L'opérateur ponctionne au niveau de la tumeur si celle-ci est située dans le cul-de-sac postérieur.

Si la tumeur est latérale, il ponctionne sur le côté du cul-de-sac postérieur, en arrière d'une ligne transversale rasant l'insertion du vagin sur le col utérin. Il relève la pointe du trocart, comme dans le cathétérisme de l'utérus, pour pénétrer dans la collection.

Le trocart retiré, la canule est maintenue en place. Par la rainure de la canule, le métrotome de Simpson est conduit jusque dans l'abcès. La canule retirée, le métrotome est ramené ouvert, débridant transversalement la coque de l'abcès et la muqueuse vaginale. L'hémostase est assurée par une éponge disposée comme nous l'avons dit plus haut.

Le manuel opératoire préconisé par M. le professeur Laroyenne, n'a pas été en général accepté par les chirurgiens. M. Bouilly a fait le débridement au bistouri après avoir ponctionné avec le trocart. Cependant M. Goullioud attribue les succès de la méthode à son instrumentation spéciale.

Nous ne le pensons pas et nous regardons le bistouri comme préférable, parce qu'il est moins aveugle entre des mains habiles.

Le débridement de M. Laroyenne expose, de l'avis même de son auteur, à de terribles hémorrhagies qui peuvent devenir rapidement mortelles. Nous pensons que le bistouri incisant couche par couche, il sera plus facile de faire, à mesure, l'hémostase.

Le bistouri, à notre avis, permet encore de raser de plus près le tissu utérin et d'éviter ainsi la section du tissu érectile du vagin qui donne beaucoup de sang.

La ponction, de l'avis même de M. le Dr Goullioud, peut être une ponction blanche. Ce fait prouve que dans certains cas où le diagnostic est obscur, l'opération devient une intervention aveugle, ce qui est contraire à toutes les règles d'une saine chirurgie. Quand on opère au fond

du vagin, il faut toujours, comme le dit M. Péan, voir et sentir ce que l'on fait.

Pour ces raisons, à l'instrumentation de M. le professeur Laroyenne, nous préférons l'incision vaginale faite au bistouri, couche par couche, jusqu'à ouverture du foyer pathologique. La blessure des viscères voisins est, il est vrai, toujours possible, mais elle nous paraît devoir être plus facilement évitée par l'incision méthodique. Si l'abcès est sous-muqueux, rien n'est plus simple que de ponctionner avec le bistouri, d'agrandir suffisamment l'ouverture qui sera encore augmentée à l'aide d'un instrument dilatateur. Dans les abcès superficiels, pour inciser la muqueuse vaginale, on peut encore se servir des ciseaux après avoir fixé les tissus à l'aide de pinces de Museux et avoir ponctionné avec le trocart, afin d'être renseigné sur l'existence et la disposition du foyer de suppuration.

Quand l'abcès est difficilement abordable ou profond, au débridement nous préférons la laparotomie vaginale, dont nous parlerons plus loin.

Nous avons vu plus haut qu'il importait de distinguer les cas récents des cas anciens. Les premiers, après ouverture, pourront en raison de la faible résistance de leur paroi se rétracter et s'affaïsser facilement ; les seconds au contraire exposeront, grâce à une coque épaisse et rigide, à la persistance d'une fistule. Dans ces cas, le curettage de la coque a été proposé. — M. P. Delbet trouve que le curettage est indiqué dans les abcès à coque très épaisse et dans les abcès à parois fongueuses, surtout si les fongosités sont tuberculeuses. Nous pensons que dans l'espèce, le curettage, qui ne peut être pratiqué qu'à l'aide d'un instrument mousse, sera toujours inutile, insuffisant ou dangereux. Si la lésion est ancienne, il vaudra mieux avoir recours à une intervention plus radicale que le débridement.

Sur les 31 observations de malades traitées par M. Goul-Macquart-Moulin

lioud, selon la méthode de M. le professeur Laroyenne, observation publiées dans les *Archives de Tocologie* pour l'année 1891, six ont rapport à des collections séreuses ou hématiques.

Les 25 autres (suppurées) sont divisées par M. Goullioud en trois classes au point de vue du résultat.

1° Treize résultats parfaits.

2° Trois résultats très satisfaisants quoique non parfaits.

3° Six résultats médiocres.

Les trois autres cas sont trop récents pour pouvoir conclure.

Quatre opérées ont eu une conception ultérieure.

La mortalité des malades opérées par M. Goullioud ou ses élèves a été seulement de 1 à 2 0/0.

Les observations de M. Goullioud nous montrent que la méthode de Laroyenne ne donne de résultats satisfaisants et parfaits que dans la moitié des cas. Si la mortalité opératoire est moindre que celle de la laparotomie, avouons que cette méthode est impuissante à guérir de nombreuses opérées qui continuent à souffrir et sont obligées plus tard de courir les risques d'une nouvelle opération après avoir supporté une intervention inutile. Avec M. Pozzi, disons que l'incision des salpingites par le vagin ne peut être qu'une opération palliative de nécessité, mais ne sera jamais une méthode de choix. Si le débridement vaginal a pour avantage la possibilité de grossesses ultérieures et une certaine innocuité, les inconvénients qu'on peut lui reprocher sont nombreux et graves.

Ces inconvénients sont :

1° Insuffisance et inefficacité dans un grand nombre de cas.

2° Hémorrhagies consécutives parfois mortelles.

3° Accidents septiques. Péritonites. La péritonite a parfois été provoquée par des lavages faits sous une trop forte pression. Les phénomènes septiques ont été occa-

sionnés par la rétraction de l'ouverture vaginale, qu'il faut avoir soin de maintenir toujours béante.

4° Accidents opératoires : lésions artérielles, blessure de l'uretère, du rectum, de la vessie. Ouverture du péritoine.

Ce dernier accident peu important, enlève au débridement son caractère spécial et transforme l'opération en une laparotomie vaginale.

5° La persistance fréquente d'une fistule vaginale.

6° L'abandon que l'on fait des annexes et des poches tubaires, causes possibles d'accidents consécutifs.

OBS. VII. — *Grosse salpingite blennorrhagique.* — *Incision par le vagin ; drain de Verchère-Malecot.* — *Guérison* — par le Dr Chaput (Chirurgien des hôpitaux).

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans qui fut prise à la fin d'août 1892 d'une poussée grave de pelvi-péritonite pour laquelle ses deux médecins m'envoyèrent chercher pensant l'ouverture du ventre nécessaire.

Nous fîmes un traitement expectant, et la malade ne tarda pas à aller mieux, mais il lui restait un écoulement utérin purulent, abondant avec des douleurs et une grosse poche dans le cul-de-sac gauche.

Le 9 septembre 1892, je fis l'incision vaginale en me servant au lieu du trocart de Laroyenne, d'une grosse et longue sonde cannelée pointue avec laquelle je ponctionnai la collection. Du pus étant sorti par la rainure, j'incisai largement et lavai la poche au permanganate au 1/1000. Une grosse artère donnait au fond de la plaie, je fis l'hémostase avec une éponge d'après le procédé de Laroyenne.

Au bout de trois semaines, l'incision se rétrécissait trop vite, j'imaginai de placer à demeure un gros tube de *Verchère-Malecot*, construit sur le principe de la sonde à demeure de Malecot. Ce tube fut laissé en place jusqu'au 21 novembre.

Pendant tout le temps qu'il resta en place, on fit deux fois par jour des injections à l'eau bouillie.

L'utérus qui avait été curé le 9 novembre, fut toutes les sema-

nes injecté à la teinture d'iode dédoublée pour lutter contre la réinfection de l'utérus baignant dans le pus vaginal.

A la fin de novembre 1892, il n'y a plus rien dans les culs-de-sac, l'ouverture est fermée, toutes les douleurs ont disparu, la malade doit se lever le 10 décembre.

Le tube de Verchère-Malecot présente un avantage énorme sur les autres moyens de drainage; en effet, la gaze iodoformée est très rapidement impossible à introduire, à cause du rétrécissement de l'orifice; d'un autre côté les tubes de caoutchouc ordinaires ne tiennent pas et sont constamment chassés. Rien de pareil avec les tubes de Malecot qui peuvent rester en place jusqu'à la fin du traitement et qui suppriment tout pansement; les injections vaginales étant suffisantes pour maintenir la poche aseptique. Il est probable que les échecs du traitement de Laroynne sont dus à la difficulté qu'on a à maintenir les drains en place pendant un temps suffisant.

OBS. VIII. — *Salpingite double suppurée. — Incision vaginale. — Guérison*, par le Dr Chaput, chirurgien des hôpitaux.

Il s'agit d'une femme de 27 ans, mariée à 21 ans, restée stérile, sans symptomatologie bien nette de blennorrhagie antérieure, qui, en juin 1891, commença à avoir des règles très abondantes et douloureuses avec un écoulement jaunâtre par le vagin.

En décembre 1891, elle est immobilisée au lit pour une poussée très nette de pelvi-péritonite.

En février 1892, je constate au toucher l'existence de deux poches salpingiennes l'une grosse et rapprochée du vagin, située à droite, l'autre plus petite et plus élevée.

Le 14 avril 1892. — Je pratique le curage et je ponctionne la poche droite, mais il ne s'écoule que 20 à 30 grammes de pus phlegmoneux.

La tumeur restant ainsi volumineuse, et la malade refusant la laparotomie, je pratique le 21 avril 1892 une incision transversale de 4 à 5 centimètres dans le cul-de-sac postérieur, je décolle avec l'index la face postérieure de l'utérus, mais j'arrive avec peine sur les poches; la poche gauche est ponctionnée à la sonde cannelée pointue, puis incisée, mais rien n'en sort.

Même manœuvre à droite; il ne s'écoule qu'une demi cuillerée

à bouche de pus, le doigt arrive dans une cavité lisse à parois solides et épaisses. Drainage iodoformé. Cicatrisation rapide. La malade reste au lit 3 mois, en faisant chaque jour des injections très chaudes. En juin la malade se lève, il ne reste plus qu'une induration insignifiante dans le cul-de-sac postérieur. En novembre la guérison persiste, la malade a repris la vie de tout le monde.

INCISION DES COLLECTIONS SUPPURÉES PÉRI- UTÉRINES

PAR LE RECTUM.

L'incision par le rectum, même dans les cas où l'abcès proémine fortement vers cet intestin, est condamnable aujourd'hui. L'antisepsie est impossible à réaliser par cette voie, même avec l'aide d'un drainage parfait.

Byford (1), au dire de M. Delbet (2), a proposé la dilatation préalable et large de l'anوس et au besoin l'incision du sphincter précédant l'ouverture et le grattage de l'abcès. Il est évident que l'opération préliminaire proposée par Byford doit rendre la lésion facilement abordable sans toutefois en assurer l'antisepsie, en raison des fonctions du rectum.

Nous rejettons toute intervention par le rectum. Rappelons-nous que l'ouverture spontanée par cette voie est loin d'être favorable. Les méthodes de traitement des abcès pelviens sont aujourd'hui trop multipliées pour permettre au chirurgien de s'arrêter un instant sur cette méthode condamnée et condamnable sous tous les rapports.

1. *Obst. Gaz. of Cincinnati*, avril 1886.

2. Debet. *Loco citato*.

INCISION DES ABCÈS PELVIENS

PAR LA PAROI ABDOMINALE.

Lorsque la collection suppurée est vaste, que l'abcès se présente pour ainsi dire de lui-même au dehors, accolé à la paroi abdominale, le chirurgien pourra encore aujourd'hui, mais très rarement, suivre la pratique des anciens en incisant l'abcès au-dessus de l'arcade crurale, au niveau du point le plus saillant. L'incision sera faite couche par couche jusqu'à la rencontre de la poche qui sera ponctionnée puis incisée aussi largement que possible, autant que le permettront les adhérences avec la paroi. Des tubes de caoutchouc volumineux assureront la béance et le drainage de l'abcès. Si l'ouverture et l'évacuation de l'abcès sont suivies de lavages, il faudra se servir d'un liquide antiseptique à toxicité faible ou avoir soin d'éponger la cavité pour laisser séjourner dans la poche le moins de liquide possible. Si la collection est vaste, ce qui est habituel dans le cas de phlegmon du ligament large, on pourra, si le foyer s'étend jusqu'au cul-de-sac postérieur du vagin, établir un drainage vaginal.

De cette façon, le drainage sera déclive, parfait et mettra à l'abri des accidents de rétention. Le drainage abdomino-vaginal n'est pas toujours nécessaire, et un drainage simple bien ordonné sera souvent suffisant pour rendre aseptique la cavité de l'abcès, malgré la déclivité.

Au point de vue des résultats, l'incision à la paroi abdominale est peu encourageante. La statistique de M. Delbet donne dix morts sur soixante-onze cas traités de cette façon.

Contrairement à l'incision vaginale, l'incision à la paroi abdominale est parfois une opération de nécessité.

Heureusement ces cas sont aujourd'hui devenus de plus en plus rares, le chirurgien n'attend plus que l'abcès vienne se présenter de lui-même en dehors, il a à sa disposition pour attaquer le mal prématurément des méthodes radicales et moins dangereuses.

INCISION EN DEUX TEMPS.

Dans les cas où la collection suppurée n'est pas immédiatement en contact avec la paroi abdominale, Hégear a proposé de faire, de propos délibéré, l'ouverture en deux temps.

Cette méthode rappelle celle employée par Volkmann pour les kystes hydatiques du foie.

Dans un premier temps, on fait la laparotomie, puis on tamponne avec la gaze iodoformée. Quatre ou cinq jours plus tard, dans un second temps, après production d'adhérences suffisantes, on incise la collection. Cette méthode applicable également à travers le cul-de-sac postérieur du vagin est condamnée par M. P. Delbet. Dans l'état actuel de la chirurgie gynécologique, nous pensons avec ce dernier auteur que l'incision en deux temps doit être abandonnée.

LAPAROTOMIE SOUS-PÉRITONÉALE

La laparotomie sous-péritonéale ne doit pas être confondue avec l'incision simple de la paroi abdominale. Cette dernière est applicable toutes les fois que le pus est extra-péritonéal, comme dans l'abcès de la fosse iliaque, ou bien lorsque la collection purulente, étant intra-péritonéale, a contracté par l'intermédiaire d'adhérences solides une union intime avec la paroi abdominale, de telle sorte que le péritoine soit incisé sans que le chirurgien puisse le reconnaître et sans que la cavité péritonéale soit ouverte. C'est cette disposition qui faisait prendre, par les anciens chirurgiens, les collections intra-péritonéales de la trompe ou de l'ovaire pour des abcès situés en dehors du péritoine, abcès qu'ils localisaient dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Il ne peut y avoir laparotomie sous-péritonéale en présence de cas semblables.

La laparotomie sous-péritonéale suppose avant toute chose, le décollement par la main du chirurgien, du feuillet pariétal du péritoine dans une certaine étendue, vers la profondeur du bassin.

« Par la laparotomie sous-péritonéale, dit M. le Dr Picqué (1), le chirurgien se propose d'arriver dans une poche liquide, incluse dans le péritoine, sans l'ouvrir, mais en décollant le feuillet pariétal de la fosse iliaque jusqu'au niveau du point où la poche incluse adhère à ce feuillet. A ce point de vue, on doit éliminer toutes les suppurations extra-péritonéales et ne point décorer du nom de

1. *Rev. gén. de clin. et de thérap*, 4 nov. 1891, p. 701.

laparotomie sous-péritonéale l'ouverture d'un simple abcès de la fosse iliaque. »

Lorsque la poche est très rapprochée de l'arcade de Fallope et que le bistouri rencontre immédiatement le point d'adhérence de la poche au péritoine pariétal, il n'y a pas non plus de modification opératoire et par suite de laparotomie sous-péritonéale.

Pour qu'il y ait réellement laparotomie sous-péritonéale il faut que dans un premier temps, le chirurgien ait eu à décoller le péritoine pariétal dans une certaine étendue.

Avant d'entreprendre cette opération, il faut d'abord se rendre un compte exact de la situation et des rapports de la collection à l'aide du toucher et du palper combinés.

Le chirurgien pratique immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope une longue incision de 8 à 10 centimètres, incisant couche par couche jusqu'au tissu cellulaire sous-péritonéal.

Puis, comme dans la ligature de l'artère iliaque externe, décollant le feuillet pariétal du péritoine qu'il se garde bien d'ouvrir, se rapprochant de plus en plus de la branche horizontale du pubis, il chemine à la rencontre du foyer.

Le péritoine est maintenu en haut par les doigts d'un aide, et le chirurgien, plongeant le doigt dans la profondeur du bassin, arrive à la rencontre de l'abcès qu'il reconnaît à sa fluctuation. L'abcès reconnu est ponctionné, drainé et détergé à l'aide de lavages antiseptiques.

Si la collection affecte des rapports intimes avec le vagin, M. Pozzi conseillait d'établir à l'aide du trocart de Chassaignac, en ayant bien soin de ménager la vessie, un drainage abdomino-vaginal.

Nous pensons que dans ce dernier cas, il sera préférable d'avoir recours immédiatement à l'élytrotomie ou au débridement de Laroyenne à défaut de la laparotomie transpéritonéale.

M. Pozzi qui a recommandé, en 1886, devant la société de chirurgie, la laparotomie sous-péritonéale, aujourd'hui n'en est plus aussi partisan, depuis, dit-il, « que nos connaissances sur le pyosalpinx sont devenues plus précises. »

Au point de vue technique, cette opération n'est pas toujours faisable, ou peut-être hérissée de difficultés. Dans certains cas, l'opérateur se trouvera aux prises avec un tissu cellulaire sous-péritonéal épaissi, lardacé, induré et rendant presque impossible le décollement du péritoine sans le déchirer et amener l'ouverture de la cavité péritonéale.

Dans ce dernier cas, il serait préférable d'abandonner l'opération et de recourir à l'ouverture en deux temps de Hégar.

A la laparotomie sous-péritonéale, nous reprocherons la défectuosité du drainage qui ne se fait pas en un point déclive. A ce point de vue l'élytrotomie est bien préférable.

De plus, en cas d'adhérences intestinales, il faut aller chercher très loin le point de ponction, comme le fait est arrivé à M. le Dr Picqué. Il faut aussi bien se garder de ponctionner l'intestin adhérent qui serait pris pour l'abcès. Malgré ces inconvénients, la laparotomie sous-péritonéale, grâce à l'antisepsie, est devenue certainement une méthode peu dangereuse, mais ce n'est qu'une méthode d'incision et de drainage, qui ne permet pas consécutivement l'extirpation d'une poche adhérente il est vrai, mais peut-être énucléable.

Pour toutes ces raisons, cette méthode n'a reçu l'approbation que de très peu de chirurgiens.

M. le Dr Picqué a tenté dernièrement de la réhabiliter et d'établir les indications de cette opération. Cette méthode ne peut être qu'exceptionnelle. Elle n'est indiquée que dans le cas d'état général grave (néphrite infectieuse

avant l'intervention) et en cas de circonstances locales spéciales qui sont, dit M. Picqué, de deux ordres :

« 1° La tumeur est accessible par la palpation hypogastrique ; quoique distante de l'arcade de Fallope, elle fait dans l'abdomen une saillie plus ou moins grande, surtout marquée par la palpation bimanuelle.

« 2° Elle est inaccessible par le cul-de-sac vaginal, ou tout au moins, elle en est éloignée par une épaisseur de tissu considérable (premier cas de M. le Dr Picqué).

« 3° Les rapports avec la vessie, à moins de recourir à l'hystérectomie vaginale, qui semblerait indiquée dans ces cas, font redouter l'emploi du trocart.

Chez une malade de M. Picqué, il existait une phlébite double qui ne lui permettait pas de la placer sans danger dans une attitude convenable pour mener cette ponction à bien.

« 4° Enfin dans certains cas, la succession de poussées péritonitiques pouvait faire hésiter encore à pratiquer la laparotomie qui constitue cependant la seule ressource quand la tumeur ne fait pas saillie dans l'abdomen. »

Trois malades opérées par MM. Pozzi et Picqué ont guéri radicalement.

La première malade avait une énorme collection purulente de la trompe gauche. Profondément émaciée, la température oscillait chaque soir entre 39,5 et 40°.

Il y avait des lésions rénales, une albuminurie abondante, des poussées d'anasarque, des vomissements alternant avec une diarrhée colliquative, des phénomènes de dyspnée urémique.

M. Pozzi pratiqua la laparotomie sous-péritonéale.

La malade fut revue un an après. Le résultat est excellent. La malade a engraisé, l'albumine a presque disparu. Il ne persiste pas de fistule.

Deuxième malade. — Volumineuse poche purulente siégeant à gauche. A eu précédemment des phénomènes péritonitiques graves. La poche était ouverte dans le

rectum. Opération difficile. La tumeur persista longtemps. A l'aide d'un bon drainage et d'injections antiseptiques, la suppuration diminua peu à peu et finit par disparaître. Un an après, guérison. Utérus mobile. Engraissement. Pas de tumeur.

Troisième malade. — Tumeur fluctuante dans le cul-de-sac antérieur, débordant à droite et à gauche, douloureuse à la pression.

La tumeur fait une légère saillie vers la fosse iliaque gauche. Phlébite récente.

Des poussées de pelvi-péritonite avaient fait renoncer à la laparotomie. Opération laborieuse. Adhérence du feuillet pariétal et position éloignée du point où la ponction doit être faite.

L'opération est trop récente pour conclure. Pas d'accidents consécutifs à l'opération.

M. le Dr Pozzi a lui-même communiqué à la société de chirurgie (1886) cinq observations de laparotomie sous-péritonéale.

L'une a trait à un abcès pelvien compliqué de fistule vaginale et d'hecticité. L'opération fut suivie de guérison.

Une deuxième et une troisième malade opérée sans diagnostic précis furent soulagées.

La quatrième malade fut opérée pour un abcès et la cinquième fut guérie après l'évacuation de caillot.

Pour conclure, disons que cette opération bonne autrefois, avant la période antiseptique, lorsque les chirurgiens redoutaient avec raison l'ouverture du péritoine, a aujourd'hui perdu de son importance.

Néanmoins, elle peut encore rendre de grands services dans certaines circonstances spéciales où il serait impossible ou dangereux d'entreprendre une autre opération.

INCISION VAGINALE AVEC OUVERTURE DU PÉRITOINE

OU LAPAROTOMIE VAGINALE.

Cette opération pratiquée surtout et d'abord par les chirurgiens américains, fut à peu près complètement oubliée devant les succès croissants et parfaits de la laparotomie transpéritonéale. Malgré les tentatives de Byford et celles de M^r le D^r Picqué qui a inspiré la thèse de Bonnecaze, la laparotomie vaginale, jusque naguère encore n'avait pu prendre faveur auprès des chirurgiens. Cette opération est particulièrement assez mal menée par M. P. Delbet qui la rejette à peu près entièrement dans les cas de salpingo-ovarites « en raison, dit-il, de ses avantages problématiques et de ses inconvénients réels ». Il n'accepte cette opération que pour les prolapsus simples de l'ovaire et conclue avec M. le professeur Heidenreich que « même dans les circonstances relativement favorables, il aura recours à la laparotomie abdominale de préférence pour ne pas s'exposer à être aux prises avec des complications non prévues, complications d'autant plus redoutables qu'elles se présenteraient dans une région plus difficilement accessible ».

Depuis quelques mois, sous l'influence de M. le D^r Péan et des partisans de la contraction utéro-ovariennes, la laparotomie est entrée dans une phase nouvelle. Comme la laparotomie antérieure, la laparotomie vaginale peut n'être tout d'abord qu'exploratrice et le premier temps d'une opération plus importante. Pas plus que dans la laparotomie pariétale, on n'est jamais obligé après le premier coup de bistouri, c'est-à-dire après l'incision du cul-

de-sac recto-utérin, d'enlever nécessairement l'utérus, la trompe ou les ovaires.

L'incision vaginale étant faite, il sera facile d'aller explorer avec un doigt et même avec plusieurs, pour reconnaître l'état des organes et l'étendue des lésions péri-utérines.

Si l'opérateur se trouve en présence de lésions trop complexes et d'adhérences infranchissables, ce que l'examen clinique est impuissant à faire prévoir dans la généralité des cas, il pourra compléter l'opération par l'hystérectomie vaginale par morcellement de M. Péan.

Si au contraire, les lésions sont petites, entourées d'adhérences faibles et peu nombreuses, le chirurgien pourra facilement les sentir, les libérer, attirer les annexes dans le vagin avant de les extraire. Cette intervention simple, dit M. Péan (1), est souvent suffisante, elle n'est pas plus compliquée que la laparotomie quand il s'agit de tumeurs des trompes ou des ovaires, unilatérales et kystiques.

Les indications et contre-indications de la laparotomie vaginale ont été établies par MM. Picqué et Bonneau.

Elles sont de deux ordres :

1^o Le vagin ne doit pas être étroit et rigide et par conséquent l'opération ne doit pas être pratiquée chez des filles vierges. Nous ajouterons qu'elle ne doit pas non plus être employée chez des femmes douées d'un embonpoint trop marqué, état qui a pour conséquence de rendre très difficile l'accès des voies vaginales et de rendre l'opération presque impraticable, même à un chirurgien habile et exercé. L'étroitesse du vagin est une contre-indication, qui aujourd'hui a perdu beaucoup de sa valeur, grâce à la nouvelle méthode de débridement simple ou double de la vulve imaginée par M. le Dr Chaput, notre maître, et dont nous parlerons plus loin.

1. *Archives de Tocologie et Gyn.*, 1891, août, p. 576.

2° La collection péri-utérine doit être de petit volume et mobile, c'est-à-dire non adhérente. L'utérus lui-même doit être mobile et la mobilité des lésions sera au préalable nettement constatée par le toucher et le palper combinés. Au besoin l'examen sera pratiqué sous le chloroforme.

Actuellement les indications de la laparotomie vaginale peuvent être plus étendues, par ce fait qu'elle est tout d'abord une opération exploratrice. Même si les lésions étaient un peu volumineuses et privées de mobilité, on pourrait encore y avoir recours quitte à l'abandonner s'il était impossible de décortiquer et d'attirer les organes malades jusque dans le vagin. On exécutera alors immédiatement l'opération de Péan qui sera encore préférable dans les cas de lésions bilatérales.

Inversement, le chirurgien voulant pratiquer l'hystérectomie vaginale de propos délibéré, sera souvent amené à se limiter à une simple laparotomie vaginale en présence de lésions simples et facilement énucléables, lorsque le diagnostic clinique se sera trouvé en défaut.

Cette manière de voir a été acceptée par tous les partisans de l'hystérectomie vaginale de Péan qui ont trouvé dans l'élytrotomie exploratrice un argument important en faveur de la castration utéro-ovarienne.

« La laparotomie vaginale, a dit M. le Dr Routier au 6^e congrès français de chirurgie (1892), nous paraît être pour les petites collections salpingo-ovariennes une opération d'avenir. Elle peut suffire en cas de lésions petites et décorticables et dans le cas contraire, elle restera simplement exploratrice, pour ne devenir que le premier temps de l'hystérectomie vaginale.

Tout récemment, M. le Dr Ch. Boileux, de Paris, (1) a communiqué à la Société clinique des praticiens de France, un

1. Ch. Boileux. *La clinique française*, n. 25, 1892. Elytrotomie interligamentaire, etc.

intéressant mémoire sur l'élytrotomie interligamentaire suivie du drainage du cul-de-sac de Douglas, pour servir au traitement des abcès pulviens et des rétro-déviation utérines.

Dans ce travail, nous trouvons deux observations de suppurations péri-utérines traitées et guéries par l'élytrotomie.

Ces observations sont rapportées à la fin de ce chapitre.

M. le Dr Segond (1), dans plusieurs cas où il croyait l'hystérectomie vaginale indiquée, se contenta de l'élytrotomie. Une fois, après avoir pratiqué l'incision vaginale, il rencontra une hématocele rétro-utérine, et les annexes étant saines du côté opposé, il respecta l'utérus ; une autre fois il trouva une grossesse extra-utérine d'environ six semaines et il put encore conserver l'utérus.

D'autres faits rapportés établissent aujourd'hui d'une façon indiscutable que la laparatomie vaginale peut rester simplement exploratrice. D'autres auteurs, parmi lesquels nous nommerons M. Pozzi, ont objecté la difficulté qu'il y avait à manœuvrer pour l'exploration au fond d'une brèche située dans la profondeur du vagin. Ses confrères lui ont répondu que les difficultés étaient aussi grandes dans la laparotomie.

MANUEL OPÉATOIRE. — On a préparé les instruments suivants : une curette de Récamier, des pinces à griffes, les pinces utérines de Duplay, les grands écarteurs de Péan, un bistouri, des ciseaux, des pinces porte drain, l'aiguille de Colin, des fils de soie, du catgut, des éponges aseptiques ou des tampons et un drain double en T suivant le conseil de M. le Dr Boileux. La vessie et le rectum étant vidés, toutes les précautions antiseptiques ayant été prises, le vagin étant lavé et désinfecté, la vulve rasée, la malade endormie est placée dans le décubitus

1. Soc. de chir., 1892.

dorso-sacre, le siège élevé très haut à l'aide de coussins pour éviter l'irruption de l'épiploon ou de l'intestin dans le champ opératoire.

Les écarteurs étant mis en place et maintenus par des aides vigoureux, la lèvre postérieure du col saisie à l'aide d'une pince de Museux est attirée fortement en haut. Si l'on adopte le procédé de M. Péan qui est très expéditif, le chirurgien tenant de la main gauche la pince de Museux qui attire le col, fait, à l'aide du bistouri, une incision demi-circulaire sur la muqueuse au fond des culs-de-sac vaginaux postérieurs et latéraux, en tenant constamment la lame de son bistouri contre le tissu utérin. Il décolle l'insertion vaginale dans une étendue de deux ou trois centimètres. Après quoi, il ouvre le cul-de-sac péritonéal avec précaution, soit à l'aide du bistouri, soit à l'aide des ciseaux, après avoir confié l'abaissement de l'utérus à un aide et avoir formé un léger pli sur le péritoine, en l'attirant à l'aide d'une pince. L'hémorrhagie est arrêtée au moyen de longues pinces hémostatiques. Fritsch de Breslau suture le péritoine au vagin, ce qui nous paraît inutile.

Le cul-de-sac péritonéal étant ouvert et les pinces hémostatiques mises en place, les écarteurs sont placés par dessus ces dernières et le chirurgien passe au second temps, la recherche des lésions, si l'abcès n'a pas été déjà ouvert.

M. le Dr Ch. Boileux a modifié entièrement et d'une façon heureuse ce premier temps de l'opération. Il a fait remarquer que l'incision circonférentielle précédant l'hystérectomie de Péan, ou l'incision transversale recommandée par M. Picqué, à cause de la facilité et de l'écartement plus considérable qu'elle donne, ou bien encore l'incision en L couché proposée par M. P. Delbet, avaient toutes pour inconvénient d'entraîner la section des ligaments utéro-sacrés.

Or, ceux-ci sont la base de soutien de l'utérus et leur

section expose consécutivement au prolapsus. L'incision doit donc être verticale, et le chirurgien doit se préoccuper tout d'abord de respecter les ligaments utéro-sacrés. Guidé par cette préoccupation, M. le Dr Ch. Boileux a modifié l'opération de la façon suivante :

La lèvre postérieure du col saisie avec une pince et les écarteurs mis en place, « un aide tient la pince à griffes et attire fortement en haut la lèvre postérieure du col, on voit alors saillir de chaque côté du cul-de-sac postérieur, deux cordes correspondant aux ligaments utéro-sacrés. Au niveau du point où ces deux cordes se rejoignent au col de l'utérus, on sent une dépression (port cervicale) limitée de chaque côté par la terminaison des ligaments utéro-sacrés : cette dépression correspond exactement au cul-de-sac de Douglas. Elle est limitée du côté de l'utérus par une saillie en bride transversale. »

« C'est immédiatement derrière cette bride transversale que devra commencer l'incision du cul-de-sac postérieur. Elle se continuera sur la ligne médiane (ligne d'incision de l'opération de Battey) et aura une longueur de six à huit centimètres. Il sera prudent de passer un doigt dans le rectum au moment où on fera l'incision. »

Le péritoine étant ouvert, le doigt va à la recherche des lésions, détruit les adhérences qu'il rencontre et crève les poches purulentes si elles sont trop volumineuses ou trop adhérentes pour être attirées dans le vagin. Si la paroi de la poche rompue est adhérente, le chirurgien tâche de la décortiquer ; si la décortication totale est impossible, il enlève le plus qu'il peut de la poche, gratte au moyen de la curette les parties restantes et après un lavage antiseptique établit le drainage.

Si la collection est enkystée, petite et énucléable, rien de plus simple que de l'attirer dans le vagin et de l'enlever après l'établissement d'un pédicule.

Si la collection est un abcès du péritoine, l'opérateur

se contentera de curetter légèrement, de laver et de drainer.

L'opération terminée, si l'abcès était enkysté et a été enlevé sans avoir subi de rupture, la plaie vagino-péritonéale sera fermée à l'aide de points de suture au fil de soie et un drainage sera établi à l'aide d'un tube en croix. Si le pus s'est montré dans le champ de l'opération et si les parois limitant l'abcès n'ont pu être extraites que partiellement, on devra avoir recours, soit au drainage capillaire fait avec la gaze iodoformée, soit au drainage tubulaire.

La cavité sera tamponnée à l'aide de bandelettes de gaze iodoformée auxquelles on aura eu soin d'attacher un long fil.

Ce tamponnement doit maintenir la plaie largement béante pour éviter toute rétention. Après 36 heures, les pinces hémostatiques sont enlevées et les bandelettes iodoformées renouvelées.

S'il survenait des accidents fébriles, il faudrait enlever immédiatement le tampon iodoformé et faire des lavages antiseptiques fréquents, après avoir assuré le drainage à l'aide d'un tube en croix.

M. le Dr Péan conseille de fixer l'extrémité inférieure du drain au col de l'utérus à l'aide d'un fil de suture.

M. le Dr Ch. Boileux recommande un drain double en croix pour pouvoir disposer pendant le lavage d'un double courant, ce qui est une bonne précaution afin d'éviter, pendant les irrigations des premiers jours, l'irruption de quelques gouttes de liquide dans le péritoine, en cas où les adhérences péritonéales n'auraient pas encore établi une barrière suffisante.

Cet auteur conseille encore de suturer la plaie vaginale ; cette suture assure en effet la fixité du drain.

Quand la plaie a la moindre chance d'être infectée, nous pensons que cette suture est mauvaise et qu'il faut au contraire laisser la plaie largement ouverte, tampon-

ner la cavité avec des bandelettes iodoformées en attendant la formation d'adhérences péritonéales qui ne tardent pas à diminuer et à combler le fond de la cavité.

Si pendant l'opération, l'intestin s'était présenté dans le vagin, il aurait été repoussé et maintenu à l'aide d'une volumineuse éponge aseptique et montée sur une pince à pression.

Les avantages reconnus à la laparotomie vaginale sont les suivants:

1° Elle permet d'éviter la laparotomie antérieure et met à l'abri de l'éventration;

2° Elle peut servir d'incision exploratrice quand le diagnostic est incertain;

3° C'est une opération conservatrice;

4° Elle donne un drainage parfait.

Mais à condition qu'il soit surveillé, sous peine de voir se produire de nouveaux accidents ou de nouveaux abcès, ainsi que nous le montre M. le Dr Picqué dans une des observations de la thèse de Bonnecaze.

L'élytrotomie peut-elle être réellement une opération exploratrice, comme le prétendent les hystérectomistes? Si l'on a affaire à des lésions petites non adhérentes, nous pensons que le doigt introduit dans le Douglas peut se rendre un compte assez exact des lésions.

Au contraire, dans le cas de lésions un peu volumineuses ou complexes, le cul-de-sac de Douglas est comblé et a disparu, le doigt ne peut y pénétrer que par effraction, il se trouve perdu au milieu de tissus pathologiques et ne peut pas donner de renseignements exacts. De là, nous concluons que l'élytrotomie, en tant qu'opération exploratrice, n'a qu'une valeur relative qui pourtant est encore assez appréciable.

OBS. IX. — Observation de M. J. A. Fort. *In Gazette des hôpitaux*, janvier 1890, p. 14. — Salpingite ancienne. — Suppuration enkystée du petit bassin. — Opération par la voie vaginale. — Guérison (Obs. résumée).

M^{me} de B..., 30 ans, pas d'enfants. Il y a cinq ans, fausse couche de deux mois. Règles régulières. Début il y a 7 ou 8 ans.

Etat actuel. — Les règles durent de 8 à 10 jours. De temps en temps, douleurs, phénomènes de cystite. Fréquemment rend par l'anus des mucosités glaireuses.

Au toucher, tumeur dans le cul-de-sac recto-vaginal, surtout à droite, grosse comme une orange, facilement perceptible par le toucher rectal.

La consistance de cette tumeur est demi dure, demi molle.

Opération. — Rectum préalablement vidé, vagin nettoyé. Le col utérin est saisi avec une pince de Museux, pour l'attirer à la vulve, mais il ne peut être abaissé de plus de 2 à 3 centimètres.

Premier temps. — Séparation du vagin de l'utérus par une incision demi-circulaire. Ouverture du cul-de-sac péritonéal. Hémorrhagie peu abondante. La section est continuée avec le galvano-cautère.

Deuxième temps. — Les ovaires et les trompes sont attirés dans le vagin avec douceur. Ils sont enflammés. Les annexes gauches sont pédiculisées et enlevées.

Troisième temps. — Nous apercevons une poche qui est saisie avec un tenaculum. Quelques gouttes de pus s'échappent.

La poche incisée, issue d'une quantité considérable de pus. Lavage et drainage. Drain suturé au col de l'utérus et maintenu par des éponges iodoformées. Suites parfaites. Lavages fréquents à l'eau phéniquée. Guérison.

OBS. X. — Observation XIV, de la thèse de Bonnecaze 1889, par M. le D^r Picqué, chirurgien des hôpitaux. — Résumée. — Pyosalpingo-ovarite très marquée à gauche. — Douleurs vives. — Castration double. — Guérison.

V. B..., 28 ans. Réglée à 13 ans, régulièrement. Il y a cinq ans, pertes blanches, douleurs en urinant. Il y a trois ans, fausse couche de 4 mois. A la suite, douleurs dans le ventre pour lesquelles elle est traitée dans le service de M. le professeur Potain.

État actuel. — Douleurs dans les deux fosses iliaques, surtout à droite. Utérus mobile, col normal. A droite, tumeur douloureuse, bombée, s'insérant à l'angle supérieur de l'utérus, bien perceptible par le toucher et le palper combinés : au dessous de cette tumeur, l'ovaire plus gros qu'à l'état normal est lisse et douloureux. A gauche, la trompe semble normale, quoique un peu douloureuse à la pression. L'ovaire ne présente rien de particulier. Le toucher rectal ne fait rien percevoir d'anormal.

Opération faite par la voie vaginale. Incision dans le cul-de-sac latéral en L renversé, se prolongeant dans le cul-de-sac postérieur. J'ai depuis abandonné ce procédé. Le péritoine fut facilement ouvert, écoulement sanguin assez abondant nécessitant l'application de quelques ligatures au catgut. Introduction du doigt dans la cavité péritonéale, recherche difficile de l'ovaire et de la trompe qui se déplacent facilement. Je n'y arrive qu'en combinant le toucher direct avec le palper hypogastrique. La trompe et l'ovaire sont attirés au dehors et liés comme d'habitude.

N'ayant pas eu recours à la pince courbe comme dans les cas ultérieurs, cette ligature présente quelques difficultés. Pour l'ovaire du côté opposé, il a été nécessaire d'agrandir l'incision, c'est-à-dire de la prolonger dans presque toute l'étendue du cul-de-sac postérieur.

La section et la ligature ont été faites comme précédemment, Pas de suture du cul-de-sac. Dans cette observation, je n'ai pas eu recours au drainage du cul-de-sac de Douglas comme dans mes deux autres cas. J'ai dû y recourir dans les jours qui ont suivi.

Les suites opératoires ont d'ailleurs été très simples, la malade était guérie au quinzième jour.

Examen de la pièce. A droite la trompe est très épaissie, son tissu crie à la coupe ; les franges du pavillon adhérent à l'ovaire.

La muqueuse est rouge, papillomateuse : son contenu est muco-purulent. L'ovaire ne présente aucune lésion bien caractérisée, il n'y a pas d'augmentation de volume.

A gauche, les lésions de la trompe sont à peu près semblables quoique moins accusées. Nous avons revu la malade 9 mois après l'opération ; les douleurs ont entièrement disparu.

OBS. XI. — Observation XXII de la thèse de Bonneau, 1889, par M. le D^r Picqué, chirurgien des hôpitaux. — Résumée. — Pyosalpingite double. — Phénomène douloureux. — Métrorrhagies abondantes. — Double castration. — Guérison.

A. R..., 25 ans. Réglée à 16 ans 1/2. Règles régulières. Il y a trois ans, extirpation par M. le D^r Picqué d'un kyste de la glande de Bartholin. Un accouchement il y a quatre ans suivi d'accidents pour lesquels elle reste un mois au lit. Métrorrhagie. Depuis pertes tous les quinze jours ou trois semaines.

Douleurs avant l'apparition de l'écoulement, vertiges, étourdissements.

Actuellement, douleurs qui diminuent par le repos, avec irradiations dans l'aîne et les reins. Leucorrhée abondante.

Ménorrhagies considérables.

Examen physique. — Douleur marquée à la pression, à l'hypogastre et les parties latérales. Pas de tumeur perceptible à la palpation.

Au toucher, col volumineux avec déchirure latérale à gauche. Utérus volumineux, dévié à gauche.

L'hystéromètre donne 10 centimètres.

Dans le cul-de-sac, tumeur des deux côtés.

Tumeur gauche du volume du petit doigt, ovaire situé au-dessous, gros, lisse, douloureux. Ne déprime pas le cul-de-sac à ce niveau, seulement légère induration.

Tumeur droite plus grosse, plus mobile.

Anorexie. — Constipation habituelle, pas de rétrécissement sur la santé générale.

Diagnostic. — Pyosalpingite double compliquant une endométrite.

Opération, le 13 octobre 1888. — Par la voie vaginale. Antisepsie du vagin. Col saisi par sa lèvre postérieure à l'aide d'une pince de Museux. Utérus abaissé jusqu'à la vulve. A l'aide du bistouri, incision en croissant dans toute l'étendue du cul-de-sac postérieur, comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale. Une fois le péritoine incisé, les lèvres de l'ouverture péritonéale sont fixées à l'aide d'un fil à la tranche vaginale de façon à éviter tout décollement dans les recherches ultérieures et aussi

pour assurer l'hémostase à ce moment. La pince de Museux est enlevée, l'utérus reprend sa place, les écarteurs sont enlevés.

Dans ces conditions, le doigt introduit dans le cul-de-sac de Douglas, arrive facilement sur la trompe, surtout quand on combine l'exploration directe avec le palper hypogastrique.

J'attirai de cette façon la trompe gauche après l'avoir détachée de ses adhérences avec les parois du bassin.

A ce moment la pression de l'hypogastre est confiée à un aide.

La ligature du pédicule se fait très aisément, un clamp est placé le plus haut possible pour le retenir à l'extérieur. Nœud de Lawson-Tait.

Section de la trompe.

Après avoir touché la surface de section avec la solution phéniquée forte et coupé les fils, il ne reste plus qu'à enlever la pince et à laisser le pédicule rentrer dans le péritoine.

Je procède de la même manière à la recherche de la trompe droite qui est plus élevée et adhérente dans toute son étendue.

Dans ce cas l'incision est suffisante pour permettre l'accès de la main presque tout entière dans le cul-de-sac de Douglas.

Les adhérences sont facilement séparées. La trompe attirée en dehors est traitée comme précédemment. Le vagin est épongé, une lanière de gaze iodoformée est laissée entre les lèvres de l'incision. Pas de lavage du péritoine, ni de suture vaginale. Une seconde lanière est placée dans le vagin. Compression de l'abdomen à l'aide d'un bandage en T sur la vulve. *Examen des pièces.*

Trompe gauche du volume du petit doigt. Son calibre est augmenté dans toute son étendue, sauf au niveau de sa partie interne. Sa partie libre correspondant au pavillon forme une petite poche. Les franges du pavillon sont conservées et soudées à leur base, fermant ainsi la poche du côté du péritoine. Muqueuse rouge, épaissie, recouverte d'un pus crémeux assez abondant.

Ovaire fibreux renfermant plusieurs petits kystes.

Trompe droite moins volumineuse, coloration rouge. Calibre augmenté de volume dans toute son étendue. Parois minces, molles.

Franges de pavillon libres. Orifice péritonéal oblitéré. Muqueuse rouge, recouverte de muco-pus. Ovaire petit, kystique.

Suites d'abord simples. Au dixième jour 40°, avec phénomènes généraux alarmants, sans symptômes péritonéaux.

A l'examen, tumeur profonde, très douloureuse à la pression située dans la fosse iliaque droite. A l'exploration, je trouvai l'incision vaginale oblitérée.

L'utérus abaissé, j'écartai les lèvres de l'incision avec une sonde cannelée, pas d'écoulement de pus. J'introduisis le trocart de Chasseignac, je m'engageai dans l'ancien trajet en me servant du bout arrondi du trocart. Celui-ci pénétra à une grande distance au-dessus de la tumeur et je crus un instant être dans la cavité péritonéale, mais bientôt je me rendis compte que je n'étais pas sorti du trajet et que mon trocart se coiffait du cul-de-sac péritonéal en le refoulant en haut. Explorant alors les parties latérales de trajet, j'arrivai alors sur un point rénitent et n'eus pas de peine à donner issue à une quantité notable de pus. Je procédai alors à un lavage minutieux de cette cavité.

La fièvre tomba le jour même et la malade guérit définitivement.

La menstruation cessa après l'opération, six mois plus tard les règles reparurent et je puis cependant affirmer que ma ligature a porté des deux côtés au voisinage de la corne utérine; les pièces en font foi. Je ne puis donner de ce fait aucune explication. Quoiqu'il en soit, les pertes de sang sont peu abondantes et régulières.

L'examen fait à ce moment, démontre que l'utérus a conservé toute sa mobilité, il n'existe aucune indication de la cicatrice vaginale.

OBS. XII. — Observation III, de M. le Dr Ch. Boileux, de Paris.
In Clinique française, 1892, p. 403.

M^{me} C..., âgée de 30 ans. Première menstruation à 15 ans, irrégulièrement réglée. Aucune maladie antérieure.

Accouchements : cinq à terme, bonnes suites de couche. Trois fausses couches de six semaines et trois mois. Rien à noter ; cependant la malade dit avoir eu un commencement de péritonite, il y a trois ans, lors de sa dernière couche : elle aurait gardé le lit pendant six semaines. La malade a subi pendant six mois un traitement pour une leucorrhée tachant le linge en jaune. Son

médecin la cautérisait plusieurs fois par semaine au nitrate d'argent. Injections vaginales avec solution boriquée. Le 17 décembre 1891, la malade a subi le curettage de l'utérus pour sa métrite.

Le 10 janvier 1892, je l'examinai pour la première fois, et je constatai au toucher vaginal, un empatement du cul-de-sac de Douglas. L'utérus était sensible et très douloureux au palpe combiné avec le toucher ; il était en antéversion.

Le 16 janvier. — Je pratiquai de nouveau le curettage de l'utérus, et constatai une sténose considérable de l'orifice interne du col, qui ne permettait qu'avec difficulté l'introduction de l'hystéromètre.

Galvano-caustique positive de 150 milliampères pendant cinq minutes (avec la sonde en charbon n° 5 de la série du Dr Apostoli).

Drainage de la cavité utérine par une mèche de gaze iodoformée.

Elytrotomie: section interligamentaire. A l'ouverture de la cavité péritonéale il s'écoule du pus en quantité assez abondante. Lavage de la plaie et du Douglas, puis introduction du doigt dans la plaie. Je réussis à rompre les adhérences péri-métritique à gauche.

Pendant l'opération, l'épiploon fut un instant prolabé par la plaie du Douglas, mais la réduction se fit d'elle-même aussitôt que l'on remplaça le coussin sous le siège de la malade.

Introduction d'un drain double dans le Douglas, cinq points de suture au catgut en dessous (ou en arrière du drain) ; gaze iodoformée dans le vagin.

Le 17 janvier. — On enlève le pansement ; lavage vaginal à l'eau boriquée.

Le 19 janvier. — Comme le drain ne rendait presque plus de sérosité, il fut enlevé et remplacé, comme toujours, par une mèche de gaze iodoformée.

Le 15 février. — Examen de la malade : l'utérus est en antéflexion légère, le paramétrium est libre, rien du côté de Douglas, ni des annexes.

Le 15 mars. — La malade est examinée de nouveau, l'utérus est complètement insensible au palper combiné avec le toucher vaginal ; le paramétrium est libre et les annexes ne présentent rien d'anormal.

OBS. XIII. — Observation XII de M. le Dr Ch. Boileux, de Paris
In Clinique française, 1892, n° 25.

M^{me} C..., 33 ans. Première menstruation à 13 ans. Règles : cinq jours, abondantes, caillots. Premier accouchement à 20 ans. Deuxième à 32 ans. Péritonite, fièvre, frisson. Trois mois alitée. Marche pénible. Sensation de pesanteur en marchant.

Douleurs dans le fondement. Elancements. Diagnostic. Métrite fongueuse et hypertrophique. Adhérences de l'utérus en arrière. L'utérus est fixé contre le sacrum, bien qu'il soit en antéversion. On sent de la fluctuation à gauche dans le vagin. Abscès pelvien gros comme les deux poings.

Opération. — 30 juillet 1892. Curettage de la matrice. Elytrotomie. A l'incision, écoulement de pus.

Examen après l'opération : Le 17 août, les adhérences sont complètement rompues. L'utérus est mobile, le paramétrium est libre.

Observations. — Lavage du péritoine par le drain double pratiqué jusqu'au 10 août, jour où on enleva le drain. Pendant l'opération, il s'écoula environ un demi litre de pus par le vagin et des fausses membranes. Curettage de la poche purulente.

VOIE SACRÉE

L'incision des abcès pelviens par la voie sacrée a surtout été pratiquée par les chirurgiens allemands. Wiedow, un des premiers, a publié des observations concernant cette méthode. En France, elle a été expérimentée par MM. Terrier et Hartmann.

La voie sacrée comprend deux procédés : l'incision para-sacrée de E. Zuckerkandl et Wölfler et la résection définitive ou temporaire du coccyx et du sacrum (Méthode de Kraske).

L'incision para-sacrée de E. Zuckerkandl et Wölfler consiste en une profonde incision commençant à 1 ou 2 centimètres en dehors et un peu au-dessus de l'articulation du sacrum et du coccyx, se dirigeant en bas, avec une légère concavité externe qui répond à la tubérosité ischiatique et se terminant à 2 ou 3 centimètres de la fourchette.

On pénètre ainsi dans la fosse ischio-rectale, on désinsère en partie le grand fessier et les ligaments sacro-sciatiques, on divise le releveur de l'anus et l'on arrive au cul-de-sac péritonéal qui est ouvert ou non suivant les circonstances.

Wölfler extirpe le coccyx qui est respecté par E. Zuckerkandl.

La résection préliminaire du sacrum et du coccyx a été imaginée par Kraske pour l'extirpation du rectum cancéreux et appliquée pour la première fois par Hégear et Wiedow à la clinique de Fribourg i/B pour extirper ou inciser des tumeurs salpingiennes.

La résection préliminaire du sacrum et du coccyx peut être définitive ou temporaire.

La résection préliminaire définitive de Kraske consiste en une incision verticale et médiane qui commence en haut, à peu près à mi-hauteur du sacrum et se prolonge en bas jusqu'à l'anوس. Cette incision va en profondeur jusqu'à l'os. On détache à l'aide d'une rugine les insertions du grand fessier le long du bord gauche du sacrum, le coccyx est réséqué, les ligaments sciatiques sont sectionnés au ras du sacrum.

Toute la partie inférieure et gauche du sacrum, suivant une ligne qui passe horizontalement sous le troisième trou sacré et se recourbe en formant un arc à concavité gauche pour venir aboutir à la corne inférieure du sacrum, est abattue à l'aide d'une forte pince coupante, ou de la gouge et du maillet.

Les branches postérieures des nerfs sacrés sont sacrifiées, ainsi que les branches antérieures des quatrième et cinquième paires sacrées. Les branches antérieures de la troisième paire doivent être soigneusement respectées.

La résection préliminaire temporaire ou ostéo-plastique du sacrum et du coccyx est une modification de l'opération précédente. Elle a été inaugurée par Hégar.

Dans cette méthode, la portion d'os sectionnée est conservée et momentanément rabattue.

M. le Dr P. Delbet adoptant le procédé de W. Levy, (1) conseille de faire une incision transversale, longue de 10 centimètres et passant à 6 centimètres au-dessus de la pointe du coccyx. De chaque extrémité de cette incision, on en fait partir une autre obliquement dirigée en bas et en dedans, qui vient se terminer entre l'anوس et le coccyx, mais sans atteindre la ligne médiane.

L'incision horizontale va en profondeur jusqu'à l'os, les incisions latérales ne doivent aller en profondeur que jusqu'au grand fessier. Aux extrémités de l'incision trans-

1. W. Levy. *Cent. blatt. fur chir.*, 1889, n. 13, p. 218. Delbet. *Loco citato*, p. 327.

versale, on passe entre les faisceaux charnus du grand fessier, pour arriver sur les ligaments sacro-sciatiques qui sont sectionnés.

On a ainsi à chaque extrémité de l'incision horizontale une boutonnière transversale par laquelle on peut pénétrer pour dégager la face antérieure du sacrum. Cela fait, le sacrum est sectionné transversalement, soit avec une pince coupante, soit avec une scie à chaîne.

Le sacrum sectionné se laisse facilement rabattre d'avant en arrière. On obtient ainsi une brèche haute de cinq centimètres et large de huit à neuf centimètres, par laquelle il est facile de pénétrer dans le bassin.

La voie sacrée donne certes une large voie souvent très utile dans certaines grandes opérations, quand il s'agit par exemple d'enlever un rectum cancéreux ou tout autre tumeur volumineuse et difficilement abordable.

Nous avons eu l'occasion de voir faire l'opération de Kraske pour des cancers du rectum, une fois par M. le Dr Kirmisson et une autre fois par M. le Dr Chaput nos maîtres, et nous avons pu nous convaincre des facilités données et du large espace créé par la résection préliminaire du sacrum. Si la méthode de Kraske donne beaucoup de jour, elle exige en revanche des délabrements considérables qui, par eux-mêmes sont vraiment trop graves.

C'est aggraver par trop l'état d'une malade que de vouloir attaquer par cette méthode de simples pyosalpinx ou tout autre abcès pelvien dont on aurait raison par la laparotomie ou l'hystérectomie.

Nous pensons que la résection du sacrum ne sera jamais acceptée par les chirurgiens français, en tant qu'opération dirigée contre des collections suppurées pelviennes.

Par contre nous ne serions pas étonnés de voir un jour les chirurgiens allemands suivre la voie sacrée pour pratiquer la castration utéro-ovarienne de M. Péan ! La large brèche ainsi établie permettrait peut-être non seulement

d'enlever l'utérus, mais aussi les annexes que l'on est souvent obligé d'abandonner dans le bassin après la castration utérine de Péan.

En résumé la résection préliminaire du sacrum appliquée au traitement des suppurations pelviennes nous paraît devoir être rejetée complètement en raison des délabrements considérables qu'elle exige. Elle doit être d'autant plus bannie que les méthodes dont nous disposons contre les abcès pelviens sont plus nombreuses. Elle est plutôt une curiosité opératoire qu'un traitement auquel on doit attacher considération.

M. le Dr P. Delbet admet la voie sacrée pour les phlegmons qui ont une tendance naturelle à sortir du bassin par l'échancrure sciatique. Dans ces cas, l'incision para-sacrée serait, pensons-nous, suffisante, et il est inutile pour ouvrir un abcès de faire des délabrements aussi considérables que ceux exigés par la résection du sacrum.

Dans son livre *Des suppurations pelviennes chez la femme*, M. P. Delbet (1), rapporte deux observations de Wiedow, dont l'une a trait à des tumeurs salpingiennes suppurées et l'autre à un abcès pelvien. Dans ce dernier cas Hégar et Wiedow ont été assez satisfaits de la voie sacrée. Dans le premier cas, au contraire, malgré le large espace créé par la résection préliminaire et temporaire du sacrum, les lésions salpingo-ovariennes ne purent être énucléées et il fallut laisser dans le bassin des débris pathologiques. La laparotomie aurait donné, pensons-nous, des résultats aussi satisfaisants et cela à meilleur compte. Ce fait nous montre que ce qui importe au chirurgien, ce n'est pas tant la facilité d'aborder la lésion par une large voie que la nature de la lésion elle-même.

1. P. Delbet. *Loco citato*, p. 333 et 413.

PÉRINEOTOMIE

La voie périnéale proposée par Hégar, pour aller à la recherche des abcès pelviens, n'a pu jusqu'ici s'acclimater en France ; elle a été particulièrement suivie par les chirurgiens allemands, Sanger de Leipzig, Frommel d'Erlangen, Battlehner de Carlsruhe, qui ont utilisé cette voie non seulement pour les abcès pelviens, mais encore pour l'ablation de l'utérus ou des tumeurs.

Hégar avait proposé de pratiquer une incision allant de la tubérosité ischiatique à la pointe du coccyx.

L'incision de Sanger s'étend à côté de la ligne médiane du tiers postérieur de la grande lèvre à deux centimètres en dehors de l'anus, entre la tubérosité ischiatique et cet orifice.

Le releveur est ensuite franchi après avoir été incisé et l'on pénètre dans le creux ischio-rectal.

La périnéotomie transversale de Otto Zuckerkandl s'étend d'un ischion à l'autre.

La cloison recto-vaginale est dédoublée, et l'on arrive, paraît-il, assez facilement au cul-de-sac de Douglas dont on évacue les collections.

Au sujet de cette dernière opération, M. le Dr Pozzi fait remarquer que l'incision étant infundibuliforme, on ne peut pas y manœuvrer assez à l'aise pour une extirpation de pyo-salpinx.

N'ayant jamais eu l'occasion de voir pratiquer cette opération, nous ne saurions nous prononcer sur ses avantages.

La périnéotomie a été défendue au dernier Congrès international de Gynécologie et d'obstétrique tenu à Bruxelles (1892) par M. le Dr Willems de Gand. Selon ce der-

nier, la périnéotomie n'est pas laborieuse et l'hémostase est facile. Le dédoublement de tout le septum vagino-rectal conduit facilement jusque dans le cul-de-sac de Douglas qu'on peut largement effondrer et largement explorer avec toute la main.

Si le chirurgien arrive dans une poche où l'utérus est englobé, ce large débridement périnéal sera assez vaste pour qu'il puisse ouvrir toutes les collections et qu'il puisse établir un drainage aussi parfait que celui qui suit l'hystérectomie. S'il y a prédominance des collections post-utérines, toutes les poches purulentes sont ouvertes avec une sûreté inconnue dans l'hystérectomie.

Si les lésions sont complexes, multiples, étendues à la partie antérieure de l'utérus, on complète la périnéotomie par la castration de la matrice.

Ainsi, de même que l'élytrotomie, la périnéotomie peut être préliminaire de l'hystérectomie, dans lequel cas elle peut être considérée comme une opération tout d'abord exploratrice.

Malgré les affirmations de M. le Dr Willems, nous doutons que la voie périnéale puisse offrir des facilités aussi grandes que la voie vaginale. Celle-ci est tout tracée d'avance tandis que la périnéotomie exige un décollement préliminaire long et laborieux du septum vagino-rectal. De plus l'espace ainsi créé est certainement moins large. Tout au plus pourrait-on recourir à la voie périnéale, suivant le conseil de M. le Dr Picqué, lorsque le septum recto-vaginal est déjà décollé par la présence d'une collection hématique ou suppurée ; dans ce cas le chirurgien nous paraît autorisé à poursuivre l'opération ainsi que M. le Dr Picqué l'a fait dans un cas (1).

1. Communication orale.

LAPAROTOMIE TRANSPÉRITONÉALE

En présence d'une ou plusieurs collections suppurées situées dans le bassin de la femme, le chirurgien, par la laparotomie transpéritonéale, se propose d'attaquer ces collections, de les enlever en totalité si elles sont énucléables, et dans le cas contraire, de les traiter par différentes méthodes qui seront exposées dans ce chapitre. D'une façon générale, pour les partisans de l'opération de L. Tait, tous les cas de suppuration péri-utérine ayant pour origine les annexes de l'utérus sont justiciables de la laparotomie.

Le chirurgien sera donc autorisé à pratiquer la laparotomie :

1° Quand il existe autour de l'utérus mobile ou enclavé une tumeur d'apparence fluctuante, superficielle ou profonde, perceptible par le toucher seul ou combiné au palper abdominal.

2° Quand la tumeur est très haut située, placée immédiatement sous la paroi à laquelle elle est accolée en contribuant à la formation d'un plastron abdominal.

3° Quand, à côté des signes physiques les plus importants, il existe des troubles fonctionnels tels que fièvre vespérale, douleurs, élancements dans le bassin, troubles digestifs, phénomènes anormaux du côté de la défécation et de la miction, qu'il y ait amaigrissement ou conservation d'un certain embonpoint.

Les abcès fistuleux sont aussi justiciables de la laparotomie transpéritonéale.

La présence du pus étant reconnue, il faut intervenir le plus tôt possible.

La malade est perpétuellement exposée aux plus grands

dangers ; les cas de péritonite rapidement mortels survenus par rupture de ces abcès nous le prouvent suffisamment. Attendre, c'est favoriser le développement des adhérences péritonéales qui rendront l'intervention d'autant plus difficile et périlleuse, c'est favoriser l'ouverture du foyer dans le tube intestinal, dans la vessie, dans le vagin ou la formation d'abcès secondaires aréolaires ou intra-péritonéaux.

Les contre-indications de la laparotomie ne sont pas absolues, elles ne sont que relatives et subordonnées au tempérament de l'opérateur. Si l'abcès est aréolaire et, s'il est superficiel, sous-muqueux ou sous-cutané, la laparotomie ne nous paraît pas indiquée primitivement, et il est préférable d'avoir recours à une intervention plus simple.

Si les lésions sont trop complexes, si l'utérus est immobilisé, enclavé dans le bassin ; si le toucher vaginal donne cette sensation à laquelle on a donné le nom de vagin de carton, l'hystérectomie de M. Péan sera préférable à la laparotomie de L. Tait, qui pourtant a déjà triomphé des lésions les plus compliquées et les plus graves.

Il est rare que le chirurgien ne puisse avoir recours à la laparotomie transpéritonéale. Un état général grave, la pyoémie, des lésions avancées du côté des reins ou quelque autre affection d'un organe important, seuls doivent arrêter le couteau du chirurgien.

La fièvre septique ou une péritonite aiguë, loin d'être une contre-indication, doivent au contraire, d'après M. Terrier, faire hâter l'intervention.

Néanmoins, si la péritonite n'est pas généralisée, si elle est limitée au bassin, si les phénomènes généraux ne sont pas d'une gravité exceptionnelle, avant d'intervenir, nous pensons qu'il y a lieu d'attendre la fin de l'orage, sans toutefois trop temporiser pour ne pas permettre aux adhérences de devenir trop serrées.

Manuel opératoire. — Nous n'avons pas l'intention de

faire une description complète du manuel opératoire de l'opération de L. Tait. Cette description est faite dans tous les livres et nous voulons seulement faire connaître quelques particularités de la pratique de notre maître M. le Dr Terrillon.

Opération préliminaire. — La veille, la malade est envoyée au bain et ensuite purgée. Du naphthol est donné à l'intérieur.

La patiente étant chloroformisée, la paroi abdominale est nettoyée; lavée d'abord au savon glycéринé et à l'eau bouillie; la peau est brossée à l'aide d'une brosse à ongle stérilisée.

Le ventre est essuyé une première fois avec une compresse passée à l'étuve, lavé ensuite avec de l'éther, puis de l'alcool et enfin avec la solution de sublimé à 1 pour 1000.

L'alcool a pour but d'entraîner les particules graisseuses laissées sur la peau après l'évaporation rapide de l'éther. L'ombilic surtout est nettoyé avec un soin méticuleux.

Les mains de l'opérateur et de son aide (M. Terrillon opère toujours avec un seul aide dont il réduit le rôle dans la plus large mesure possible, pensant avec juste raison que réduire le nombre des aides c'est réduire les chances d'infection) sont d'abord lavées au savon et à l'eau chaude bouillie; les ongles sont soigneusement brossés.

Les mains sont ensuite plongées dans une solution de permanganate de potasse à 1 0/0, puis parfaitement décolorées dans une solution de bisulfite de soude à 10 ou 15 0/0 et enfin brossées dans une solution alcoolique de sublimé à 2 p. 1000. Depuis au moins 48 heures et plus, les mains de l'opérateur ne doivent pas avoir été en contact avec du pus. C'est là une recommandation très importante sur laquelle insiste M. Terrillon. Pendant l'opération, les mains sont fréquemment trempées dans de l'eau bouillie additionnée d'une petite quantité de la solution

de sublimé à 1 /1000, solution additionnée de deux centimètres cubes d'acide chlorhydrique par litre.

Le champ opératoire dont les mains ne doivent pas sortir, est limité par des compresses de toile ourlées, autoclavées, puis trempées dans la solution de sublimé.

Les instruments sont stérilisés à l'étuve, puis bouillis. Avant l'opération ils sont plongés dans une solution phéniquée forte, qui est ensuite étendue d'eau bouillie. Les instruments ainsi traités sont placés à proximité de l'opérateur qui les prend lui-même au fur et à mesure des besoins. M. Terrillon se sert d'éponges préparées soigneusement d'après un procédé très compliqué et connu sous le nom de procédé de la Salpêtrière. Ce procédé que nous rappellerons en quelques mots est très long et exige plusieurs semaines.

Les éponges sont battues afin de réduire le plus possible en particules les parties calcaires. Plongées dans une solution d'acide chlorhydrique étendue, elles sont ensuite immergées dans une solution de permanganate de potasse puis de bisulfite de soude et enfin d'acide phénique. Elles sont exprimées puis conservées dans des locaux à large ouverture dont le chirurgien les sort lui-même pendant l'opération.

Le chirurgien se place à la droite de la malade et son aide en face de lui, de l'autre côté. M. Terrillon opère toujours debout. Avant de commencer l'opération, la malade est sondée par une des personnes présentes.

Incision. — L'incision est ordinairement faite sur la ligne médiane, elle est verticale, sus-pubienne, abordant tantôt exactement la ligne blanche, tantôt ses côtés, réclinant en dehors les muscles droits. L'hémostase est faite à mesure. Le péritoine soulevé à l'aide de pinces hémostatiques est incisé avec précaution.

Une boutonnière péritonéale étant établie, l'incision est agrandie aux ciseaux par en haut et par en bas, après

que le chirurgien s'est assuré qu'il n'y a pas d'organe adhérent.

Un défaut d'attention pourrait dans ce temps entraîner l'ouverture de l'intestin ou de la vessie, en cas d'adhérences.

Les dimensions de l'incision sont habituellement de 4 à 6 centimètres, de façon à permettre l'introduction de trois ou quatre doigts. Dans les cas difficiles et compliqués, quand il est nécessaire, M. Terrillon n'hésite pas à agrandir l'incision, subordonnant les dimensions de celle-ci aux difficultés opératoires et à l'intérêt immédiat de la malade. Des pinces hémostatiques sont placées sur les bords du péritoine sectionné. Si l'épiploon est adhérent, il est perforé ou réséqué.

Une éponge montée sur une longue pince est placée à la partie supérieure de l'incision et dans la cavité péritonéale pour maintenir les anses intestinales qui ne doivent jamais, autant que possible, sortir du ventre. Si quelque adhérence intestinale s'oppose à l'introduction de la main jusque dans le bassin, elle est rompue, en ayant bien soin de ne pas léser les tuniques de l'intestin.

Recherche des lésions. — L'ouverture étant faite à la paroi, trois ou quatre doigts de la main peuvent plonger dans le bassin et aller à la reconnaissance des lésions. Cette exploration exige de la part de l'opérateur une certaine habitude.

Différentes éventualités peuvent alors se présenter :

1° Les annexes sont libres ou seulement retenues par des adhérences faibles et molles.

Dans ce cas, rien de plus facile que de contourner l'abcès en détruisant petit à petit les adhérences qui retiennent le kyste aux parois pelviennes.

2° Les poches sont fixées par des adhérences solides et très difficiles à rompre.

Dans ce cas, l'opérateur doit redoubler de précautions et éviter à tout prix la rupture de la collection pendant

la décortication. Il faut alors suivre le plan de clivage du bassin et décoller peu à peu la poche dans toute sa circonférence jusque sur le plancher pelvien où l'adhérence est souvent encore plus solide.

Si la poche est d'un volume moyen, il sera préférable ainsi que le conseille M. Pozzi, de ne pas ponctionner, la vacuité augmentant les difficultés de l'énucléation.

La ponction ne sera faite que dans le cas de poche très volumineuse, et lorsqu'il y aura lieu d'en redouter la rupture en raison de l'amincissement de la paroi.

3° La poche n'est pas énucléable.

Après ponction, la poche sera incisée, suturée à la paroi, s'il y a possibilité, lavée et drainée.

Si la collection est trop petite, trop éloignée de la paroi, s'il existe des abcès secondaires intra ou extra-péritonéaux, toutes les poches pourront être ouvertes, grattées, lavées et drainées, en protégeant autant que possible le péritoine à l'aide d'éponges. De semblables opérations, malgré leur gravité exceptionnelle, ont souvent été suivies de guérison.

En présence de cas semblables, il est préférable aujourd'hui de s'abstenir, de limiter l'opération à une intervention purement exploratrice et d'avoir recours ensuite à l'hystérectomie.

Il est sage de suivre la même conduite en présence de lésions complexes et multiples, au milieu desquelles il est impossible de rien reconnaître, en présence de ces cas désignés sous le nom de pachy-pelvi-péritonite, pour employer l'expression de M. P. Reclus.

Cependant quelques chirurgiens, parmi lesquels nous citerons particulièrement M. S. Pozzi, mettant leur talent et leur habileté au service d'une noble conviction, ont malgré la complexité des lésions, poursuivi l'opération et obtenu d'éclatants succès. M. Pozzi est allé jusqu'à pratiquer l'éviscération dans un cas qui fut suivi d'une brillante guérison.

Les accidents dus aux manœuvres de décortication sont de deux ordres, les uns sont intimement liés aux conditions anatomiques de la poche, les autres aux rapports de celle-ci avec les organes voisins. Enfin citons l'hémorragie qui, très rarement il est vrai est importante, mais qui peut aussi devenir une complication de premier ordre.

Pendant la décortication, la poche peut se rompre et le pus s'épancher dans le péritoine.

Pour éviter l'infection du péritoine, il faudra avoir soin d'entourer le kysté d'un véritable lit d'éponge destiné à recevoir le pus en cas de rupture et à protéger la cavité péritonéale.

L'issue du pus dans le péritoine est à juste titre redoutée des chirurgiens. Cet accident pourtant est loin d'être toujours fatal, ainsi que le prouvent de nombreuses observations. La gravité du pronostic réside surtout dans la qualité, et le plus ou moins de virulence du pus, virulence qui est très variable, ainsi que l'ont démontré les expériences de M. le Dr Boileux, de Paris.

Nous pouvons admettre en principe que la virulence du pus est d'autant plus faible que l'abcès est plus ancien. Il est même possible que certains abcès finissent à la longue par perdre toute virulence; ces variétés d'abcès seraient, ainsi que l'a dit M. Terrillon, l'origine de certains hydrosalpinx.

En cas d'épanchement de pus dans le péritoine, notre maître M. Terrillon, avec la majorité des chirurgiens, fait le lavage de cette cavité avec l'eau bouillie. D'autres opérateurs redoutant les effets parfois funestes du lavage de péritoine, ainsi qu'il est arrivé dans les cas rapportés par M. Polaillon, se contentent, surtout si la quantité de pus a été peu abondante, de faire le plus soigneusement possible la toilette du péritoine à l'aide d'éponges ou de compressees éponges aseptiques.

En résumé, si la quantité de pus répandu est très minime, il faudra se contenter d'éponger rapidement la

surface infectée et de la toucher avec un liquide antiseptique. Si la quantité de pus est tant soit peu abondante, il faudra laver avec l'eau bouillie ou un liquide antiseptique d'un pouvoir toxique très faible. Le lavage du péritoine ne met jamais à l'abri de l'infection d'une façon absolue, car il est, croyons-nous, rarement parfait et idéal.

Les autres accidents qui peuvent se produire pendant les manœuvres de décortication, sont la déchirure du péritoine et l'ouverture de l'intestin.

Une partie plus ou moins grande du péritoine pariétal peut être déchirée.

Cet accident n'a pas une importance immédiate considérable. Les bords de la déchirure devront être rapprochés et suturés, si la perte de substance est grande, afin d'éviter des adhérences intestinales ultérieures qui pourraient devenir une cause d'étranglement ou d'occlusion. On sait en effet que les pertes de substance du péritoine pariétal sont oblitérées par le péritoine viscéral et l'organe qu'il recouvre.

Un accident plus grave, c'est la déchirure et l'ouverture de l'intestin.

Si la tunique séreuse et une partie de la tunique musculieuse sont seules intéressées, on pourra confier à la nature la réparation qui sera faite par l'intermédiaire d'un autre point de la séreuse pariétale ou viscérale.

Si la tunique intestinale paraît assez endommagée pour faire redouter l'ouverture secondaire, si la tunique muqueuse fait hernie et à plus forte raison, si la cavité intestinale est ouverte, il faudra exécuter la suture de l'intestin.

Si quelque raison rendait la suture impossible, un anus contre nature serait établi.

En cas d'ouverture de la vessie ou du rectum, il faut également suturer et établir un drainage capillaire à l'aide d'une mèche de gaze iodoformée.

L'hémorrhagie, nous l'avons vu, est habituellement peu grave. Elle est due à la rupture d'adhérences vasculaires. On en viendra facilement à bout par le tamponnement de Mickulicz.

En cas d'adhérence des tissus pathologiques à l'utérus, l'hémorrhagie est à redouter après l'énucléation, en raison de la difficulté de l'hémostase dans le tissu utérin.

M. le Dr Montprofit, dans sa thèse, cite un cas de mort dû à l'hémorrhagie consécutive à la déchirure de l'utérus.

Pédiculation. — Après la décortication, qu'on ait affaire à une collection suppurée de l'ovaire ou de la trompe, il reste à faire le ou les pédicules.

Lorsque les lésions sont petites, on peut souvent se contenter d'un seul pédicule ; mais en général il est préférable et plus commode de faire deux pédicules, un externe et un interne. Le pédicule externe porte sur le ligament ovaro-pelvien et les vaisseaux utéro-ovariens ; le pédicule interne sur la partie juxta-utérine de la trompe, le ligament utéro-ovarien, le ligament large et l'anastomose de l'artère utérine avec l'artère utéro-ovarienne.

La ligature sera faite directement sur place, après le passage des fils à travers le ligament large à l'aide d'une aiguille mousse.

Si la masse pathologique est difficile à extraire, un clamp solide sera placé sur le pédicule externe, et celui-ci étant lié et sectionné, la formation du pédicule interne devient beaucoup plus facile.

Ligature. — Pour la ligature, M. Terrillon se sert d'un fort fil de soie stérilisé. L'anse du fil est passée à l'aide d'une aiguille mousse au travers du ligament large. L'anse sectionnée, les deux fils sont croisés en chaîne et ensuite fortement serrés. Si pendant la constriction du fil, les tissus se déchirent, il faut placer une nouvelle ligature par dessus la première. Si la déchirure porte sur le

tissu utérin, l'hémostase sera difficile, il faudra avoir recours à la suture. La déchirure du tissu utérin ne se produit que dans le cas où la ligature est placée sur la corne utérine. Néanmoins cet accident n'autorise pas à abandonner dans le ventre un moignon de trompe qui pourrait plus tard devenir la source d'accidents secondaires tels que les kystes ou abcès observés par M. le professeur Le Dentu et par M. Terrillon et communiqués au congrès français de chirurgie (1891). L. Tait a également rapporté un cas semblable. Pratiquant une deuxième fois la laparotomie, ce chirurgien a trouvé des kystes développés auprès de la partie amputée d'une des trompes de Fallope (5^e cong. fr. de chir., 1891). Avec M. le professeur Le Dentu, il conclut qu'il faut enlever la trompe le plus complètement possible. Avant de passer à la section du pédicule, le chirurgien doit s'assurer que toutes ses parties sont bien comprises dans la ligature. M. le professeur Le Dentu (5^e congrès fr. de chir., 1891), a en effet communiqué un cas de mort dû à ce que la portion la plus interne de la trompe, rompue au moment de l'extirpation, ne s'est pas trouvée comprise dans la ligature.

Section du pédicule. — La section du pédicule interne est faite aujourd'hui par la plupart des chirurgiens à l'aide du thermo-cautère destiné à rendre aseptique le moignon de la trompe. L'opérateur opère lui-même la section, tenant le manche du thermo-cautère enveloppé d'une compresse aseptique.

Les organes voisins sont protégés par un lit d'éponges toujours prêt à recevoir le pus qui pourrait s'échapper de la trompe au moment de la section. Quelques chirurgiens coupent le pédicule avec le bistouri et touchent la surface de section avec un liquide fortement antiseptique. La section au thermo-cautère est préférable et présente plus de sécurité.

DE LA CONSERVATION.

Au cours d'une laparotomie pour suppuration des annexes, lorsque les lésions sont unilatérales, doit-on enlever les annexes du côté opposé? C'est là une question controversée et que nous ne saurions trancher. Si nous examinons la pratique de M. Terrillon, nous voyons trois de ses malades opérées d'un seul côté, devenir enceintes, et dans un cas, il s'agissait de tuberculose des annexes.

M. Bouilly a vu, à la suite d'une ablation unilatérale, une péritonite se déclarer dix huit mois plus tard. Cette péritonite attribuée par M. Bouilly à ce que les organes du côté opposé étaient devenus malades, se termina par la guérison, après un abcès ouvert à la partie inférieure de la cicatrice abdominale (5^e cong. fr. de chirurg., 1891).

M. le Dr Jacobs de Bruxelles a opéré de pyosalpinx unilatéral deux malades qui ont eu après une menstruation régulière et l'une d'elles est devenue enceinte (5^e cong. fr. de chir., 1891).

L. Tait, ayant vu les annexes du côté opposé laissées en place, devenir fréquemment malade après l'extirpation unilatérale, a émis l'opinion qu'il faut toujours et dans tous les cas enlever les annexes même saines du côté opposé.

La question est évidemment loin d'être tranchée, et malgré l'autorité considérable de L. Tait, nous ne saurions nous incliner devant son opinion. Nous nous associons aux déclarations de M. le Dr Pichevin, faite au premier congrès international de gynécologie et d'obstétrique tenu cette année à Bruxelles. M. le Dr Pichevin a déclaré qu'il n'était pas partisan de l'ablation systématique des annexes des deux côtés. On doit, dit-il, laisser la trompe et l'ovaire d'un côté, quand on reconnaît que ces organes sont sains.

Nous nous associons également aux conclusions de M. P. Delbet (1) qui, après avoir analysé tous les faits publiés, conclut que le chirurgien n'est pas autorisé à enlever des organes sains, même si les organes, du côté opposé, sont très malades.

Nous pouvons nous demander pourquoi l'inflammation envahit les annexes du côté opposé. La réponse nous paraît facile. C'est évidemment l'utérus qui doit être mis en cause. La maladie des annexes ayant cet organe pour point de départ, il nous paraît naturel que les annexes reconnues saines deviennent malades ultérieurement. C'est à l'utérus qu'il faudra s'adresser pour éviter l'envahissement des annexes jusque-là restées saines. Après la laparotomie, il conviendra de curetter l'utérus et le traiter comme il convient.

DU LAVAGE DU PÉRITOINE.

Le lavage du péritoine sera fait toutes les fois que le chirurgien aura à redouter l'infection de la séreuse péritonéale à la suite d'un écoulement, soit de pus, soit de matières fécales, ou de toute autre substance septique dans sa cavité.

Le lavage doit être fait le plus promptement possible, aussitôt que le kyste purulent a été extrait, sans attendre l'ablation des lésions situées du côté opposé si l'affection est bilatérale. Tout retard diminue l'efficacité du lavage en donnant aux germes le temps d'imprégner l'endothélium péritonéal.

Le liquide ordinairement employé est l'eau bouillie qui a sur l'endothélium du péritoine une action nuisible presque nulle, contrairement aux liquides chargés de substances antiseptiques, comme nous l'ont démontré les expé-

1. P. Delbet, *loco citato*.

riences de MM. Delbet, Grandmaison et Brenet (*Arch. de gyn. et d'obst.*, 1889).

Wylie, cité par M. P. Delbet et d'autres chirurgiens emploient la solution faible de sublimé à 1 pour 5000 ou de biiodure de mercure à 1 pour 20.000, solutions qui après l'eau bouillie, auraient le moins d'influence nuisible sur le péritoine. La température des divers liquides employés doit être de 40° à 50° centigrades.

Dans tous les cas, avant de faire le lavage, il faut faire avec l'éponge la toilette du péritoine, enlever la plus grande quantité de liquide septique possible, afin que le lavage n'ait point pour action de diffuser les substances septiques sur les anses intestinales non atteintes.

M. le Dr Polaillon (Soc. d'obst. et gyn. de Paris, 12 juillet 1888) a observé un cas de mort subite pendant le lavage du péritoine. Ce maître attribue cette mort à l'action du lavage qui, impressionnant le plexus solaire, provoquerait la syncope par action reflexe. Le chloroforme, ainsi que le fait remarquer M. P. Delbet, ne pourrait-il pas être soupçonné ?

Du reste, il est rare que le chirurgien soit obligé de laver le péritoine jusque dans les régions du plexus solaire, le plus souvent le lavage est limité au péritoine pelvien.

Nombre de fois, nous avons eu l'occasion d'assister au lavage du péritoine fait par notre maître M. Terrillon, et jamais nous n'avons observé de menaces de syncope pendant cette opération. Nous ne considérons pas le lavage du péritoine comme dangereux, il n'aggrave pas l'état de l'opérée, à condition qu'il ne soit pas prolongé trop longtemps, car il nous a paru alors avoir une certaine action déprimante. Beaucoup d'auteurs considèrent que le lavage doit être pratiqué dans la généralité des cas. Son emploi, selon nous, doit être restreint.

Un épanchement sanguin ne nécessite pas le lavage. Seul le pus répandu en certaine quantité est une indication formelle.

Si le pus est en très petite quantité, la simple toilette du péritoine mettra mieux à l'abri de l'infection que le lavage.

Le lavage du péritoine est-il toujours certainement efficace? Nous ne le pensons pas. Dans cette question, il faut avant tout, au point de vue du pronostic, considérer la virulence du liquide qui doit primer toute autre considération.

Si le pus est très virulent, nous doutons que le lavage puisse mettre, d'une façon certaine, à l'abri de la péritonite. Néanmoins il ne faut pas le rejeter systématiquement; car il peut, sinon écarter toute chance d'infection, atténuer dans une grande proportion, la virulence du produit septique, qui sera diminuée encore par l'insufflation dans le péritoine d'une petite quantité de poudre d'iodoforme, ainsi que le conseille M. le Dr P. Delbet.

Ce dernier (1) a fait sur le lavage du péritoine des recherches expérimentales dont nous croyons intéressant de rapporter ici les conclusions:

I. — « Le liquide employé en lavage se répand dans toute la cavité péritonéale. Quand il s'agit simplement de nettoyer le cul-de-sac de Douglas, il serait donc bon, au cours du lavage, d'élever le tronc de la malade et de continuer de protéger à l'aide d'éponges les anses intestinales non souillées. »

II. — « Il est difficile, peut-être impossible, de débarrasser complètement par le lavage le péritoine des substances étrangères qui ont pénétré dans sa cavité. Assurément l'asepsie relative suffit souvent au succès, mais dans le cas d'épanchement de liquide très septique, d'exsudats septiques étendus et adhérents, il semble qu'il soit indiqué de faire suivre le lavage aseptique d'un lavage antiseptique. »

1. *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1889, *loco citato*. *Ann. de gyn.*, sept., 1889.

III. — « Après le lavage, il reste toujours dans le péritoine une quantité notable de liquide, qui occupe le petit bassin, les fosses iliaques, les fosses lombaires. Si donc on a lavé pour entraîner du pus, il faudra aller chercher dans ces régions à l'aide d'éponges les derniers restes du liquide. »

IV. — « Le lavage du péritoine dans les limites thermiques de 18° à 50°, n'a sur la respiration et sur la circulation que des influences insignifiantes ou nulles. Il n'expose à aucun danger de ce côté. Le lavage sera fait à une température voisine de la cavité abdominale, 38° à 39° centigrades ».

V. — « L'action hémostatique des lavages à haute température paraît douteuse.

VI. — La quantité de liquide absorbé dans les premières minutes du lavage est considérable. Lorsqu'on emploie la solution de chlorure de sodium à 7 pour 1000, on obtient ainsi une véritable transfusion indirecte. Par conséquent la durée de l'opération ou l'hémorrhagie peuvent devenir des indications du lavage. Mais d'autre part, on a à craindre l'absorption de substances toxiques et il faudra après le lavage en enlever la plus grande partie à l'aide d'éponges.

VII. — « Il est possible de laver le péritoine avec des substances toxiques sans danger d'intoxication. Il faut pour cela faire précéder le lavage toxique d'un lavage de 10 minutes de durée avec la solution salée à 7 pour 1000, et le faire suivre d'un troisième lavage avec la même solution pour débarrasser le péritoine de l'excès de substance toxique. »

L'auteur serait disposé à employer la solution de sublimé à 1 pour 1000.

Cependant dans le cas d'hémorrhagie grave, il ne serait pas disposé à user de ce procédé des lavages alternatifs, craignant que dans ce cas, la saturation du système circulatoire ne se produisit pas du fait du premier lavage.

Les différents liquides antiseptiques employés par les chirurgiens auraient la propriété de produire sur le péritoine des altérations endothéliales qui favoriseraient ensuite l'infection en diminuant la résistance du péritoine aux agents infectieux.

Les recherches expérimentales de MM. P. Delbet, Grand'maison et Brenet (1), ont mis ce fait en évidence.

Voici les conclusions des travaux de ces auteurs.

1° « Les antiseptiques énergiques, même à dose faible, altèrent notablement les cellules endothéliales du péritoine en modifiant leur protoplasma.

Ils offrent plus d'inconvénients que d'avantages. »

2° De tous les liquides employés dans la laparatomie, les solutions de chlorure de sodium à 7 pour 1000, et les solutions d'acide borique à 3 pour 100 sont celles qui altèrent le moins le péritoine.

3° L'iodoforme et le salol en poudre n'exerçant que peu ou pas d'action sur l'endothélium.

DU DRAINAGE DU PÉRITOINE.

Indications. — Le drainage du péritoine après la laparotomie est indiqué quand :

1° Il y a hémorrhagie capillaire abondante par suite du nombre ou de l'importance des adhérences rompues.

2° Il y a issue et épanchement dans le péritoine de liquide septique.

3° Quand il persiste dans l'abdomen des portions de tissus morbides.

4° Quand l'intestin ou la vessie ont été intéressés et qu'il a fallu au cours de la décortication léser une ou plusieurs de leurs tuniques.

5° Quand l'opération a été très complexe, qu'il a fallu

1. *Annal. de gyn. et d'obst.*, 1891, p. 22.

enlever de nombreuses poches, séparer de nombreuses anses intestinales ou avoir recours à l'éviscération.

Le drainage naguère encore était de règle dans toute laparotomie ; depuis l'avènement de l'antisepsie, il a été limité à des cas de plus en plus rares, et ses indications sont devenues, auprès de certains chirurgiens, surtout en Allemagne, restreintes à des cas exceptionnels. Même dans les circonstances où il paraît le plus indiqué, dans les laparotomies sales, pour employer l'expression de Sanger de Leipzig, les chirurgiens allemands, se basant sur l'énorme force de résorption du péritoine et sa résistance parfois grande aux germes pathogènes, ont pris l'habitude de refermer complètement le ventre après la laparotomie. Sânger, au dernier congrès international de Berlin, a protesté contre cette tendance des chirurgiens allemands, en leur montrant les succès plus considérables des opérateurs Anglais qui se servent du drainage dans des proportions considérables. Le drainage, dit Sanger, rend certaines opérations moins dangereuses et dans d'autres décide de la guérison.

Pour Sânger, les indications du drainage sont au nombre de quatre :

- 1° Foyers sanguins constituant des foyers infectés qui dépassent la force de résorption du péritoine ;
- 2° Possibilité de collections secondaires de liquide ;
- 3° Crainte de voir se produire la rupture d'organes (vessie-intestin).
- 4° Nécessité d'isoler le reste de la cavité abdominale des plaies creuses à forte sécrétion.

Nous y ajouterons l'existence de perforations dues à des abcès fistuleux. Limité aux cas précédemment énumérés, le drainage n'a pas de contre indications réelles et nous pensons qu'il serait fâcheux de le voir négliger.

Historiquement, dit Sânger, le drainage abdominal après la laparotomie a traversé trois étapes qui sont :

- 1° Drain de verre de Kœberle (1867).

2° Drainage capillaire de Hégar (1881).

3° Drainage capillaire antiseptique.

Au point de vue technique, trois étapes ont été également accomplies ;

1° Drainage pur au moyen de tubes de verres droits ou courbes.

2° Tamponnement intra-abdominal par la gaze hydrophile.

3° Drainage combiné (tubes de verres remplis de substances hydrophiles).

A un moment, les chirurgiens vinrent à douter de la possibilité et de l'efficacité du drainage du péritoine, et les expériences de Heinrichus, Lœbker et Delbet sur les cadavres et les animaux, eurent pour résultat l'abandon du drainage tubulaire à la manière de Kœberlé et l'adoption du drainage capillaire mis en pratique et inventée par Hégar en 1881.

Actuellement les chirurgiens, surtout en Allemagne, emploient le drainage tubulaire combiné au drainage capillaire (tube de verre rempli de gaze hydrophile).

En France, les opérateurs se contentent du drainage capillaire simple et antiseptique fait avec la gaze iodoformée ou du tamponnement de Mickulicz.

Le drainage capillaire est préférable au drainage tubulaire, ce dernier n'agit que sur de petites surfaces, tandis que le drainage capillaire absorbe les liquides dans toute son étendue.

Les expériences de M. P. Delbet (1) ont démontré que le drainage n'est réellement efficace que dans les premières heures qui suivent l'opération et que les drains quels qu'ils soient, s'entourent rapidement d'adhérences qui isolent la cavité péritonéale, en rendant extra-péritonéaux les foyers dangereux. Mais comme le dit Saenger, il ne s'agit pas, dans les laparotomies, du drainage de toute

1. Delbet. *Loco citato*.

la cavité péritonéale, mais seulement du drainage d'un petit espace du cul-de-sac de Douglas. Le drain agit plutôt comme une soupape de sûreté.

Cette réflexion de Saenger nous paraît très exacte, et les expériences de M. P. Delbet ne sont nullement démonstratives contre l'inefficacité du drainage. Avec M. P. Delbet nous admettons que le drainage de la cavité péritonéale tout entière, quelques heures après l'opération, devient inefficace, mais le drainage capillaire ou tubocapillaire, agissant à la manière d'un tampon, drainant un petit espace du péritoine, est parfaitement logique et doit être conservé.

Le drainage capillaire fait avec la gaze iodoformée a l'inconvénient de contracter après très peu de temps des adhérences intimes aux tissus avec lesquels il est en contact. Cette union entre la gaze iodoformée et les tissus devient si intime que la gaze semble pour ainsi dire faire partie intégrante avec les tissus vivants. M. Chaput, notre excellent maître, a démontré qu'il était possible d'oblitérer momentanément des plaies de l'intestin avec la gaze iodoformée. Tout le monde a pu constater que de la gaze privée de germes, appliquée sur une plaie parfaitement aseptique, ne tarde pas à contracter avec les tissus vivants pendant les deux ou trois premiers jours, une adhérence telle qu'il est impossible de l'enlever sans léser et faire saigner les tissus sous-jacents. Toutes les mailles de la gaze sont comblées par des bourgeons charnus.

Ce phénomène présente des inconvénients sérieux quand il s'agit d'enlever le drain. Le sac de Mickulicz met jusqu'à un certain point à l'abri de cet inconvénient, la partie extérieure du sac pouvant rester longtemps en contact avec les tissus et pouvant par cela même se séparer et être éliminé spontanément. Saenger pense que le tamponnement de Mickulicz offre un inconvénient : c'est celui de s'exprimer des liquides dont il est imbibé, au mo-

ment où on le retire. Ce reproche n'est pas fondé ; le tampon enlevé, il est toujours possible de pratiquer un lavage qui alors est limité à la cavité extra-péritonéale construite par les adhérences.

Le drainage tubo-capillaire n'a pas tous les inconvénients que nous venons de signaler, mais il nous paraît assurer un drainage moins étendu et certainement moins parfait.

Nous devons signaler encore un inconvénient du drainage abdominal ; il retarde la cicatrisation de l'incision pariétale et ne permet ultérieurement qu'une réunion par seconde intention, qui nous a paru dans tous les cas favoriser la hernie et l'éventration consécutives. Tandis que la plaie est solide et résistante dans toute la partie de l'incision suturée immédiatement, la portion qui était en contact avec le drain est dépressible et moins solide.

Martin au lieu de faire sortir le drain par la paroi abdominale a imaginé d'établir le drainage par le vagin. Ce drainage abdomino-vaginal théoriquement est plus logique, il obéit au principe de la déclivité nécessaire à tout bon drainage, principe formulé par Chassaignac et dont le chirurgien ne doit autant que possible jamais s'écarter.

Le drainage abdomino-vaginal est très utile, il permettra souvent de se contenter de la toilette simple du péritoine et de limiter le lavage que certains chirurgiens rejettent à l'exemple de M. le Dr Quenu (1). Nous ne pensons pas que le drainage et le lavage doivent être mis en opposition, ils doivent au contraire se compléter, se venir en aide l'un à l'autre et non point s'exclure.

DE LA SUTURE DE LA PAROI.

Au 5^e congrès français de chirurgie, M. S. Pozzi a

1. *Soc. de chir.*, 24 avril 1889.

présenté des opérées qui ont toutes une cicatrice linéaire solide, grâce à la suture à trois étages, en surjet.

Notre maître, M. Terrillon, pense que la suture à trois étages n'est nullement utile pour éviter l'éventration ultérieure, et la jugeant telle, il n'a point coutume de l'exécuter, car elle prolonge beaucoup l'opération. M. Terrillon ne fait qu'un seul plan de sutures avec le crin de Florence. Dans la suture il ne comprend que très peu de péritoine, à peine un demi-centimètre. L'accellement par la suture d'une grande surface de péritoine présenterait, selon lui, de gros inconvénients. Ultérieurement les surfaces péritonéales accolées se séparent peu à peu sous l'influence des efforts et ce décollement progressif favoriserait la séparation des autres plans et finalement l'éventration. Grâce, peut-être, à cette manière d'agir, M. Terrillon ne paraît pas observer plus fréquemment l'éventration chez ses opérées que ses confrères. Pendant notre passage dans son service en qualité d'interne, nous avons pu observer à la polyclinique de la Salpêtrière de nombreuses malades opérées antérieurement et qui présentaient toutes une cicatrice parfaite, malgré la simplicité de la suture employée. Une ancienne opérée a même dû subir une nouvelle laparotomie et pendant l'opération nous avons pu constater de visu combien la cicatrice était résistante, constituée qu'elle était dans toute l'épaisseur de la paroi par un noyau fibreux très solide et très dense.

En cas de drainage, il est utile de placer un fil d'attente qui sera serré au moment de l'ablation du drain. Si la suppression du drain ne se fait pas trop attendre (24 à 36 heures) la cicatrice sera parfaite. Dans le cas contraire, l'opérée est exposée ultérieurement à une petite éventration au niveau du point qui était en contact avec le drain.

La suture profonde terminée, quelques points superficiels sont placés pour parfaire un affrontement exact de la peau.

PANSEMENT.

L'abdomen refermé, le pansement est des plus simples. De la vaseline iodoformée ou au sublimé est étendue sur la ligne de suture que l'on recouvre d'une compresse de gaze iodoformée ou salolée.

Le pansement est complété par une plaque de coton hydrophile et un lit de ouate ordinaire maintenu modérément serré par un bandage de corps.

S'il n'y a pas de drain, le pansement n'est renouvelé qu'au bout de huit jours. Au douzième ou treizième jour, les sutures sont enlevées et la malade est renvoyée trois semaines environ après l'opération.

SOINS CONSÉCUTIFS.

M. le Dr Terrillon (*Bull. gén. de therap.*, 30 novembre 1886), divise les soins consécutifs à la laparotomie en trois chapitres qui comprennent les accidents auxquels le chirurgien est obligé de parer et qui sont :

1° Ceux qui se produisent aussitôt après l'opération : Collapsus, faiblesse, vomissements.

Contre le collapsus, M. Terrillon conseille de réchauffer la malade, de pratiquer des injections d'éther et d'administrer des liquides toniques par la voie buccale ou la voie rectale. Vin de champagne. Eau-de-vie et jaune d'œuf.

Contre les vomissements, des boissons alcoolisées, des applications de glace et des pulvérisations d'éther sur l'épigastre; enfin le lavage de l'estomac avec l'eau de Vichy.

Ce dernier moyen est difficilement applicable et de plus très pénible pour la malade.

Dans les cas rebelles, on fera prendre V gouttes d'acide

cyanhydrique mélangé à la teinture de noix vomique en dilution dans l'eau.

Enfin une piqûre de morphine rétablira le calme.

2° Ceux qui répondent aux sept ou huit premiers jours après l'opération : l'atonie de la vessie et celle de l'intestin.

Le cathétérisme évacuateur et antiseptique, pratiqué toutes les deux heures sera institué contre la rétention d'urine.

La parésie intestinale sera combattue par les purgatifs.

L'atonie de l'intestin est presque constante chez les laparotomisées, et tous les chirurgiens, depuis L. Tait, ont l'habitude non plus d'immobiliser l'intestin par les opiacés, comme on le faisait autrefois, mais d'administrer dès le deuxième ou troisième jour un purgatif. Les uns donnent le sulfate de soude, comme MM. Chaput et Reynier, les autres le sulfate de magnésie, comme M. Terrier ou le calomel comme M. Terrillon. Le purgatif doit être employé surtout si dès le deuxième ou troisième jour, on voit monter la température ou s'il se produit un frisson.

Chassagnac, fait remarquer M. Perrier, enseignait déjà qu'en présence d'un frisson, on devait songer à trois choses : l'infection purulente, l'érysipèle et la constipation. Dernièrement, à la Société de Chirurgie, tous les orateurs se sont montrés partisans du purgatif post-opératoire à l'exception de M. Routier qui attribue à la péritonite la parésie intestinale et de MM. Quénu et Berger, qui, tout étant, d'une façon générale, partisans du purgatif post-opératoire, firent quelques réserves.

Dans les cas où la décortication des lésions aurait entraîné la blessure de l'intestin, le purgatif post-opératoire peut par lui-même exposer à la rupture et à la perforation du tube intestinal. Ces chirurgiens ont cité des cas personnels où le purgatif a ou bien entraîné la mort ou bien provoqué une fistule stercorale. M. le Dr L. Championnière a cité des faits analogues (1).

1. Soc. de chir. 17 fév. 1892., *Sem. méd.* 1892, p. 74.

Nous pouvons dire d'une façon générale, que, le deuxième ou le troisième jour au plus tard, après la laparotomie, un purgatif devra être administré, surtout s'il y a élévation de la température ou apparition d'un frisson, accidents dont la cause sera immédiatement jugée par le purgatif. En effet si la fièvre est due à la parésie intestinale, elle disparaîtra aussitôt après la purgation. Le purgatif post-opératoire devra être employé avec beaucoup de prudence et de réserve toute les fois que des lésions du tube digestif auront été constatées ou effectuées pendant l'opération.

Les lavements pourront toujours être administrés sans inconvénient s'il n'y a pas de lésions du gros intestin.

3° Les autres accidents concernent la terminaison.

Parfois le purgatif post-opératoire n'aura pas raison des accidents dus à la rétention fécale et on assistera à des phénomènes d'étranglement interne. Dans ce cas, sans attendre, il faut recourir à une seconde laparotomie et lever l'obstacle.

Sitôt que la malade commencera à se lever, on lui fera porter une ceinture abdominale destinée à soutenir une cicatrice encore faible.

LAPAROTOMIE SUIVIE DE L'ABLATION DES ANNEXES

ET DE L'AMPUTATION SUPRA-VAGINALE DE L'UTÉRUS OU DE
L'OPÉRATION DE PORRO.

Nous rapportons ici seulement pour mémoire et pour la rareté du fait trois observations de Sacré, d'Orthmann et de Jacobs, qui, au cours de laparotomies entreprises contre des suppurations salpingiennes, se crurent autorisés à enlever non seulement les annexes malades mais encore l'utérus. Dans les trois cas, cette intervention fut suivie de succès.

Dans le premier cas, celui de Sacré de Bruxelles, l'utérus était gravide et contenait un fœtus mort. Les annexes étant perdues, il n'y avait pas d'inconvénient à sacrifier l'utérus, qui, dans l'espèce, ne pouvait que compromettre la guérison. Dans le second cas, celui d'Orthmann, l'utérus parut probablement malade et fut enlevé pour ne pas laisser à la patiente un utérus tuberculeux.

Dans le troisième cas, Jacobs de Bruxelles rencontrant un fibrome au niveau du col, enleva également l'utérus.

Le succès de ces opérateurs légitime leur manière d'agir et nous permettent de conclure que le chirurgien, au cours d'une laparotomie, quand il rencontrera un utérus gravide contenant un fœtus mort ou un utérus malade pouvant compromettre la guérison, sera autorisé à pratiquer l'hystérectomie supra-vaginale en même temps que l'ablation des annexes.

M. le Dr Chaput (1), au cours d'une laparotomie, trou-

1. Communication orale.

vant des annexes adhérentes à l'utérus, suivit à peu près la même conduite que les chirurgiens précédents. Redoutant la rupture d'une poche très adhérente à l'utérus, et surtout l'hémorrhagie qui suit habituellement la décortication en pareil cas, il n'hésita pas à fendre l'utérus sur la ligne médiane, pédiculisa les deux moitiés de l'organe et après ligature séparée de ces pédicules, enleva chaque moitié utérine avec la tumeur. Cette malade ainsi traitée, guérit parfaitement sans avoir été exposée à la rupture de l'abcès dans le péritoine et à l'hémorrhagie si redoutable en pareille circonstance, en raison des difficultés de l'hémostase.

OBS. XIV. — Sacré (Bruxelles). — *Soc. belge de gyn. et d'obst.* — Séance du 16 juillet 1888. — *In Rep. universel d'obst. et de gyn.*, 1887, p. 551. — Opération de Porro pour une salpingite double suppurée.

F., 29 ans, 4 enfants. Depuis l'avant dernier accouchement qui date de 4 ans, n'a cessé de souffrir dans le bas-ventre, le dernier accouchement, remontant à deux ans, a été suivi de péritonite. Plus tard, plusieurs métrorrhagies. Depuis six mois, pas de règles.

Douleurs constantes dans le bas-ventre, miction, défécation et coït pénibles.

Par la palpation, on constate trois tumeurs, une médiane plus volumineuse remontant à trois pouces de doigt de l'ombilic et deux latérales, du volume du poing.

Toucher vaginal; col très haut et en arrière. Orifice externe admet l'extrémité de l'index. Lèvres du col ramollies. Auscultation négative. Jamais de mouvements d'enfant dans le ventre.

On pense à une grossesse avec lésions inflammatoires du côté des annexes.

Laparotomie. Tumeur médiane due à l'utérus gravide.

De chaque côté, tumeur molle fluctuante. On enlève l'utérus et les trompes latérales. Enfant mort de 6 à 7 mois. Les tumeurs latérales étaient formées par les trompes contenant du pus, guérison.

OBS. XV. — Observation de Orthmann. *Soc. d'obst. et de gyn. de Berlin*, 13 juillet 1888. — *Rep. universel d'obst. et de gyn.*, p. 159, 1889. — *Nouv. Archiv. d'obst. et de gyn.* — Pyosalpingite tuberculeuse double.

F..., 32 ans, souffre depuis quelque temps de douleurs dans le bas-ventre, et y constate des nodosités. Catarrhe vaginal. Réglée à 16 ans, sans douleurs. Menstruation régulièrement tous les mois pendant 4 jours. Mariée depuis 13 ans, pas d'accouchement, pas de fausse couche.

Dernières règles, fin mai. La malade est admise à la clinique de Martin, le 22 juin. A l'examen de cette femme d'aspect sain et fort, on trouva l'utérus très petit, autéfléchi, et de chaque côté de lui, deux tumeurs, dures, sensibles, mobiles, qui semblent tenir à l'utérus.

Vu l'extrême dureté des tumeurs, on porte le diagnostic de myomes utérins sous-séreux.

Le 23 juin 1888, laparotomie, ovaro-salpingotomie double, *amputation de l'utérus supra-vaginal*.

A l'ouverture, on sort les intestins recouverts de nombreux petits nodules. La tumeur *gauché* située derrière l'utérus est du volume du poing, elle est attirée et ponctionnée avec l'appareil de Potain. Issue d'une grande quantité de pus, on cherche à décoller la tumeur de l'utérus, issue de pus par l'orifice de la ponction. On attire alors la tumeur *droite*, celle-ci se déchire, issue de pus. On saisit alors l'utérus avec deux pinces et on l'enlève ainsi que les deux tumeurs. Suture du moignon utérin au catgut, drainage du Douglas, vers le vagin. Lavage abdominal et suture. Durée totale 44 minutes. Suites légèrement fébriles. La malade *guérie*, quitte la clinique le 17 juillet.

La pièce est constituée par l'utérus encore unie aux deux sacs tubaires, dilatés symétriquement.

Les trompes dans leur portion utérine sont grosses comme une prune, puis se rétrécissent, et après de nombreuses incurvations, se terminent en une dilatation de la grosseur du poing.

Epaisseur des parois de 0,6 à 1,0 centimètre. La surface est recouverte de petits nodules. L'examen microscopique fait conclure à la tuberculose. La muqueuse tubaire est extrême-

ment infiltrée. L'épithélium de la surface est presque entièrement détruit, celui de la profondeur présente des amas de tubercules, des formations de cellules géantes et quelques produits caséux au centre.

On constata la présence du bacille de la tuberculose au niveau des cellules géantes du tissu infiltré, et particulièrement au bord des parties caséuses.

OBS. XVI. — Observation de Jacobs de Bruxelles (*in Repert univ. d'obst. et gyn.*, 1871. p. 53). — Un cas de fibro-myome utérin avec hémato-salpinx et pyo-salpinx. — Trois laparotomies. — Guérison.

Jacobs enleva les deux trompes et l'utérus, rencontrant un fibrôme au niveau du col ; suivant la méthode d'Olshausen, il sutura le péritoine par-dessus le lien.

Deux laparatomies secondaires pour suppuration et fistule.

OPERATION DE PÉAN

Si d'un côté les différentes méthodes de traitement des abcès pelviens et particulièrement la laparotomie sont suivies d'éclatants succès, d'autre part, des revers retentissants viennent interrompre la série des cas heureux et parfois refroidir l'enthousiasme des opérateurs. Non seulement la mort vient jeter sa note sombre dans les statistiques, mais encore les résultats éloignés sont souvent malheureux, l'opération n'ayant procuré aucun bénéfice à l'opérée. Assez fréquemment des accidents interminables et périodiques tels que métrorrhagies, douleurs persistantes, hématoécèles quelquefois viennent nous montrer l'insuffisance ou les mauvais résultats de l'intervention.

Après la laparotomie et l'extirpation des annexes, des poussées de péritonite aiguës, parfois de nouveaux abcès replongent la malade dans un état sinon plus grave, au moins aussi fâcheux qu'auparavant.

Ces accidents assez fréquents reconnaissent pour cause la présence d'un utérus malade qui a été l'origine première de la suppuration pelvienne.

Guidé par cette idée, M. le Dr Péan a été amené à supprimer l'utérus, cause originelle de la maladie.

A M. le Dr Péan revient l'honneur d'avoir imaginé l'hystérectomie vaginale appliquée aux inflammations péri-utérines. Cette méthode opératoire doit désormais porter son nom.

Plusieurs années avant le congrès international des sciences médicales de Berlin (1891). M. le Dr Péan, dans plusieurs leçons cliniques faites à l'hôpital Saint-Louis, avait exposé sa méthode et fait ressortir les avantages de la castration utérine sur la castration tubo-ovarienne

proprement dite. En 1890, dans une clinique publiée par notre collègue M. Audain (1), il établit les indications et le manuel opératoire de la castration utéro-ovarienne.

La même année, il fait à l'Académie de médecine une communication qui n'a point d'écho auprès des chirurgiens. Enfin au congrès de Berlin, il rapporte 60 observations de malades traitées par sa méthode et cela avec un plein succès.

Malgré ces résultats heureux, l'hystérectomie vaginale n'eut point l'heur d'attirer l'attention, ni en France, ni à l'étranger, du monde chirurgical. Cette défaveur était peut-être due aux résultats peu heureux jusqu'alors obtenus par l'hystérectomie dans le cancer de l'utérus. De tels délabrements paraissaient tout d'abord trop graves aux chirurgiens habitués aux succès de la laparotomie. A M. le Dr Segond revient l'honneur d'avoir adopté le premier la méthode de Péan et de l'avoir vulgarisée, en mettant au service de cette méthode son talent chirurgical et son éloquence.

La première communication de M. Segond à la Société de chirurgie (février 1891) provoqua parmi les membres de cette société une grande défiance. M. S. Pozzi surtout se montra adversaire acharné. Seuls MM. Reclus et Ch. Nélaton en furent partisans. Au mois d'octobre de la même année (1891) la question fut de nouveau discutée au sein de la même société, et M. Segond put constater que, après expérience, le nombre de ses adversaires avait diminué.

Depuis, la méthode de Péan a gagné du terrain et les partisans de cette opération sont devenus plus nombreux.

Indications. — Les indications de l'hystérectomie posées par M. le Dr Péan sont les suivantes :

1° « La castration utérine vaginale doit être pratiquée

1. *Bulletin médical*, 1890.

d'emblée quand les suppurations pelviennes sont volumineuses, bilatérales et adhérentes ».

2° « Il faut faire l'hystérectomie vaginale totale d'emblée si les deux ligaments larges suppurent et si le pus a fusé dans la vessie et le rectum ».

3° « La castration utérine vaginale s'impose dans les pelvi-péritonites si la suppuration est très étendue ».

Ainsi la thérapeutique chirurgicale des suppurations de l'utérus et de ses annexes est subordonnée à l'étendue et à la gravité de ces suppurations.

L'hystérectomie vaginale par morcellement est indiquée dans toutes les suppurations graves, étendues et anciennes, quand les annexes, trompes, ovaires et cul-de-sac péritonéaux sont envahis, et toutes les fois qu'il existe des fistules ou communication avec les viscères voisins.

Les indications de l'opération de Péan, depuis quelque temps, ont été beaucoup élargies. Cette opération est devenue applicable à tous les cas justiciables de la laparotomie.

Selon M. le Dr Segond, l'hystérectomie vaginale est indiquée dans les mêmes cas que la laparotomie, toutes les fois qu'il y a lieu à l'ablation bilatérale des annexes.

M. le Dr Bouilly admet l'hystérectomie vaginale par morcellement dans les inflammations anciennes des annexes avec pelvi-péritonites à répétition, fistules purulentes, fusion de tous les organes par des adhérences qu'il est impossible de rompre (la laparotomie dans ces cas étant impuissante).

M. le Dr Terrillon est partisan de l'opération de Péan quand il existe des adhérences telles à l'intestin que celles-ci ne peuvent être rompues sans perforation immédiate ou secondaire, quand les lésions sont tellement confondues avec les organes voisins qu'il est impossible d'y rien reconnaître, qu'il y a impossibilité de les enlever complètement et de les désinfecter.

On doit encore avoir recours à l'hystérectomie de Péan dans le cas de suppurations fistuleuses ouvertes dans le vagin ou le rectum, lorsqu'il a fallu renoncer à opérer par la laparotomie et d'une façon générale toutes les fois que la laparotomie est impuissante, dangereuse, ou a dû rester simplement exploratrice. La bilatéralité, les adhérences invincibles, la complexité des lésions résumant les indications de l'hystérectomie vaginale.

Dans la généralité des cas, l'examen clinique ne permet pas un diagnostic ferme. C'est là un argument dont se sont servi les adversaires de l'opération de Péan. Cette opération, disent-ils, suppose l'infailibilité du diagnostic.

Devant cette objection qui tout d'abord était un argument péremptoire, les hystérectomistes paraissaient devoir s'incliner; mais heureusement pour la nouvelle méthode, des modifications techniques, nous avons nommé l'incision vaginale ou l'élytrotomie préliminaire exploratrice, sont venues répondre à cette objection.

Manuel opératoire. — Le manuel opératoire de l'opération de Péan diffère sensiblement du manuel adopté pour l'hystérectomie dans les cas de cancer.

Trois cas peuvent se présenter :

1° L'utérus a conservé toute sa mobilité et sa consistance à peu près normale (ce qui doit être rare dans les cas où l'opération est bien indiquée) et l'ablation est facile par tous les moyens ;

2° L'utérus a l'air enclavé, mais descend facilement, (la section médiane, dit M. Segond, fait merveille).

3° L'utérus est immobilisé par de solides adhérences et enclavé dans le bassin ; il n'est pas abaissable (cet état exige l'évidement central et le morcellement au fur et à mesure).

Dans les deux derniers cas, l'opération est parfois compliquée par l'état du tissu utérin qui peut être très

vascularisé, ramolli par le processus inflammatoire et extrêmement friable.

Ces diverses circonstances viennent ajouter aux difficultés opératoires. La vascularisation extrême du tissu utérin qu'on peut observer dans les lésions peu anciennes, a pour résultat de fournir pendant le morcellement une grande quantité de sang qui aveugle l'opérateur. Le ramollissement et la friabilité de l'utérus sont défavorables à l'abaissement de l'organe. Malgré les pinces à mors spéciales de M. Péan, le tissu utérin se déchire pendant les tractions et l'utérus ne peut être facilement abaissé, même dans les cas où il n'est pas extrêmement enclavé. Mais nous devons ajouter que cet état et ses inconvénients ne se présentent que dans les lésions récentes, lorsque l'état de la malade ne permet pas au chirurgien d'attendre, ce qui est rare.

Preliminaires. — Après un purgatif, l'intestin est immobilisé par un traitement opiacé. La vulve est soigneusement rasée. La cavité vaginale est lavée, désinfectée et rendue aseptique. Le rectum et la vessie ayant été préalablement vidés et toutes les précautions antiseptiques ayant été prises, la malade anesthésiée est placée dans le décubitus latéral gauche, le membre inférieur droit replié sur la poitrine, le gauche allongé. Deux aides placés de chaque côté de la malade maintiennent le vagin largement ouvert au moyen de quatre grandes valves coudées à angle droit (valves de Péan). L'opérateur est placé en face de la vulve et la patiente à la hauteur de la poitrine du chirurgien. L'aide de gauche est debout entre la jambe droite repliée et la gauche étendue.

L'aide de droite est placé en dehors de la jambe gauche.

Une troisième aide relève la jambe droite ou supérieure.

Les aides écartent avec vigueur les parois du vagin.

La position que nous venons de décrire est celle recom-

mandée par M. Péan. A notre avis, le décubitus latéral ne donne pas des avantages énormes, et il n'est pas favorable à la chloroformisation. M. Terrillon, après avoir essayé la position recommandée par M. Péan, a ensuite adopté la position sacro-dorsale et l'a trouvée aussi commode. La position sacro-dorsale est surtout précieuse pour les aides dont le rôle est infiniment moins fatigant.

A ce point de vue, nous pensons qu'il faut laisser le chirurgien libre de choisir la position qui lui paraîtra la plus commode.

L'appareil instrumental est à peu près le même que pour l'hystérectomie vaginale dans le cancer, nous ne nous y arrêterons pas.

Premier temps. — Abaissement et dissection du col.

Le col utérin est saisi solidement à l'aide de pinces dentées ; il est abaissé le plus possible par traction. A l'aide d'un long bistouri et des ciseaux droits, il est séparé de ses insertions vaginales et des tissus environnants en remontant jusqu'au corps exclusivement. Cette dissection est faite sur toute la périphérie de manière à séparer complètement l'utérus de ses insertions vaginales. Les vaisseaux de l'espace péritonéo-vaginal saignent abondamment. L'hémostase est assurée à l'aide de longues pinces hémostatiques. La séparation du col des tissus environnants est poursuivie avec le doigt et entraîne nécessairement l'ouverture du péritoine ou des abcès adjacents, cas dans lesquels on ne tarde pas à voir sortir un flot de pus. Un lavage détersif et antiseptique est alors pratiqué.

L'hémostase terminée, les valves sont introduites plus profondément pour protéger la vessie et les uretères. Les valves sont placées par dessus les pinces hémostatiques qu'elles éloignent et empêchent d'encombrer le champ opératoire. Les aides, pendant toute l'opération, doivent éviter de laisser glisser les écarteurs, en ayant soin que la pression porte surtout sur les extrémités des

valves. Avant de passer au second temps, pour diminuer le nombre des pinces encombrant le vagin et la vulve, l'opérateur pourra, s'il est gêné dans ses mouvements, lier quelques artères vaginales.

Deuxième temps. — Hémostase des vaisseaux contenus dans les ligaments larges.

Les ligaments larges sont saisis à l'aide de pinces à longs mors. Plusieurs pinces sont placées les unes au-dessus des autres, par étage et le plus près possible de l'utérus, pour éviter le pincement de l'uretère.

La première pince mise en place, le ligament large est sectionné dans une petite étendue à l'aide d'un coup de ciseaux; une seconde pince est placée et ainsi de suite, jusqu'à ce que le ligament large soit sectionné dans toute sa hauteur. Toute cette section doit se faire sans effusion de sang, il faut procéder lentement à petits coups et l'opérateur doit toujours voir ce qu'il fait. Le nombre des pinces nécessaires pour assurer l'hémostase d'un des ligaments larges varie de trois à quatre. Quand les lésions sont anciennes, les vaisseaux sont enserrés et étranglés par des productions inflammatoires scléreuses et la section des ligaments n'est suivie pour ainsi dire d'aucun écoulement sanguin. Dans ces circonstances, le chirurgien n'a presque pas à faire d'hémostase. Ce fait a été observé nombre de fois par notre maître, M. Terrillon. Un des ligaments larges étant sectionné, si l'utérus n'est pas immobilisé ou enclavé trop fortement, il est facile de faire basculer dans le vagin le fond de l'organe, de pincer le ligament large du côté opposé et de libérer la matrice. Mais telle est l'exception : le plus ordinairement dans les suppurations pelviennes, lorsque l'hystérectomie vaginale est indiquée, l'utérus est immobilisé et difficilement abaissable, aussi est-il nécessaire de morceler le tissu utérin et de pratiquer au fur et à mesure l'hémostase des ligaments larges.

Troisième temps. — Ablation du col par morcellement.

Pour morceler le col utérin, après hémostase préventive, on le maintient abaissé à l'aide d'une forte pince à mors tenue de la main gauche, pendant que la main droite armée d'un bistouri droit incise les parties latérales du col, de l'intérieur vers l'extérieur, dans toute leur hauteur. Les deux moitiés du col sont ensuite réséquées à l'aide du bistouri ou plutôt des ciseaux courbes.

Quatrième temps. — Morcellement du corps utérin.

Le corps est incisé comme le col, c'est-à-dire sur ses parties latérales, et de dedans en dehors. Le corps utérin est ainsi divisé en deux moitiés : antérieure et postérieure. Ces deux moitiés sont saisies l'une après l'autre ; la moitié antérieure est d'abord abaissée et morcelée. La moitié postérieure subit le même sort, jusqu'à ce que le chirurgien aperçoive le fond de l'utérus. Dans certaines conditions, il faut commencer par le morcellement de la moitié postérieure.

Le fond de l'utérus restant seul, il faut compléter l'hémostase préventive de la partie supérieure des ligaments larges en appliquant sur ces organes de nouvelles pinces hémostatiques, puis les parties latérales et le fond de l'utérus sont excisés par morcellement, l'opérateur n'ayant plus à craindre d'hémorrhagie.

Cette technique due à M. le Dr Péan, paraît simple tout d'abord ; elle présente pourtant dans la pratique de sérieuses difficultés.

L'hémorrhagie est un point capital, l'attention de l'opérateur doit constamment être tournée de ce côté. Si l'utérus est enclavé, les difficultés augmentent, mais heureusement les menaces d'hémorrhagie sont en raison inverse de l'immobilité de l'organe. Un utérus fixé suppose des lésions anciennes et par suite une diminution de sa vascularité et de celle des ligaments larges. Une de nos observations vient confirmer cette opinion.

Le manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale proposé par M. Péan a été modifié d'une façon heureuse par

M. Quenu (1) qui, imitant le procédé décrit par Müller dans l'hystérectomie pour cancer, au lieu de diviser l'utérus en deux valves, antérieure et postérieure, fait sur l'organe une section médiane antéro-postérieure, de façon à obtenir deux moitiés latérales.

Cette méthode, surtout lorsque l'utérus est abaissable, faciliterait beaucoup la ligature des ligaments larges et aurait l'avantage de supprimer les hémorrhagies.

Elle rendrait aussi le morcellement plus facile. Le but de M. Quenu est d'amener à la vulve le fond de l'utérus.

Le manuel opératoire modifié par ce chirurgien comprend :

1° L'incision circulaire de la muqueuse vaginale suivie de l'hémostase ;

2° La dénudation du col en arrière et en avant ;

3° Le défoncement du cul-de-sac recto-utérin ;

4° L'application de pinces hémostatiques sur les côtés du col ;

5° L'incision verticale et médiane du col libéré.

(Au fur et à mesure de la section, on peut toucher la muqueuse avec une solution de chlorure de zinc au 10°).

6° Sur les côtés, les pinces à traction sont reportées plus haut ;

7° L'abaissement d'une nouvelle portion d'utérus permet au doigt d'accomplir une nouvelle dénudation suivie d'une nouvelle section antéro-postérieure.

8° Le fond de l'utérus apparaît, est accroché avec le doigt et l'incision médiane est achevée.

9° Près du fond, chaque moitié utérine est saisie avec une pince de Richelot et est attirée en lui faisant subir un mouvement de torsion.

10° L'hémostase est assurée et chaque moitié d'utérus est réséquée.

A l'exemple de Martin, il est bon de suturer le péri-

1. Quenu. *Annales de gyn.*, mai 1892.

toine du cul-de-sac postérieur à la muqueuse vaginale. Dès le début de l'opération, M. le Dr Quénu place souvent une ligature, à l'aide d'une aiguille courbe, sur l'étage inférieur du ligament large.

Le procédé de M. Quenu est très méthodique, mais il ne convient que dans les cas où l'utérus est suffisamment abaissable. Quand cet organe est fixé, enclavé, immobile, on ne peut qu'opérer haut et loin dans le vagin, et mieux est de faire, pensons-nous, le morcellement suivant la méthode de Péan, dans la crainte de blesser la vessie en avant et le rectum en arrière.

Sous l'influence des attaques vives dont les adversaires de l'opération de Péan ont accablé l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations péri-utérines, la technique a été modifiée légèrement dans le premier temps de l'opération.

Les adversaires de la méthode, parmi lesquels nous citerons particulièrement M. le Dr Doléris, lui ont reproché amèrement d'être une opération aveugle et d'entraîner dès le premier coup de bistouri la perte de toutes les fonctions génératrices de la femme, avant souvent que le diagnostic ne soit établi d'une façon ferme et certaine.

Cet argument était d'un poids tel dans la discussion, qu'il paraissait devoir mettre en péril et faire rejeter complètement l'opération de Péan.

Les partisans de l'opération nouvelle n'ont pu répondre à l'argument de M. Doléris qu'en modifiant la technique de l'opération.

M. le Dr Péan le premier, dans les *Archives de tocologie et de gynécologie* (1891, août, p. 576 et 585) et M. le Dr Segond, à la société de chirurgie, ont protesté en démontrant que l'hystérectomie vaginale pouvait être précédée dans un premier temps d'une élytrotomie exploratrice.

Au lieu de débiter par une libération circulaire du col

dans toute son étendue et toute sa hauteur, l'opération commence par la simple incision du cul-de-sac postérieur, c'est à-dire par une élytrotomie exploratrice.

Le cul-de-sac incisé et le péritoine ouvert, il serait possible d'explorer avec le doigt et de se rendre un compte exact de l'état des lésions.

Si les lésions péri-utérines sont suffisamment grosses, rien de plus facile que de poursuivre de propos délibéré l'opération ; sinon l'intervention peut rester simplement exploratrice ou curatrice à la suite de l'évacuation du pus par cette simple incision. D'aucuns ont prétendu que l'exploration par l'élytrotomie était peu praticable. Si les lésions sont petites, il sera facile, croyons-nous, de s'en rendre une idée exacte. Si les lésions sont très complexes, elles ne pourront être que sommairement reconnues, et cela suffit dans la pratique.

Pendant le morcellement de l'utérus, souvent des abcès sont ouverts et du pus s'écoule dans le champ opératoire.

Les poches ainsi ouvertes seront saisies avec des pinces et décortiquées par traction et par décollement.

Les ovaires et les trompes sont attirés, péliculisés et réséqués. Mais malheureusement l'extraction de débris adhérents soit au péritoine, soit aux organes voisins, intestin, rectum, vessie, est souvent impossible et il faut les laisser en place.

L'abandon de débris pathologiques et même des annexes après l'ouverture de collections suppurées serait sans inconvénient selon les partisans de l'opération de Péan et la guérison ne s'effectuait pas moins. Il est préférable pour la patiente de garder des annexes malades qu'un utérus altéré. L'utérus enlevé, la voie tracée est large, le drainage est commode, déclive et parfait.

Comme dans un abcès largement ouvert et bien drainé, les parois se cicatrisent et guérissent parfaitement.

Après l'ouverture des abcès, M. Quénu a fait remarquer que les injections détersives et antiseptiques, sans inconvénient tant que le péritoine n'est pas ouvert, doivent être employées avec modération dès que la séreuse est ouverte, car alors elles exposent à la propagation des éléments septiques. Mieux vaudrait donc dans tous les cas se servir seulement d'éponges.

Pansement. — Soins consécutifs. — Le champ opératoire étant antiseptisé le mieux possible, le vaste hiatus laissé par la disparition de l'utérus est comblé par des bandelettes de gaze iodoformée, qui toutes seront munies d'un fil résistant, afin de pouvoir les retirer.

Le nombre des bandelettes ou tampons devra être compté et retenu, afin qu'aucun corps étranger ne soit oublié dans les pansements consécutifs, au fond du gouffre créé par l'opération.

Ces bandelettes, qui rempliront aussi le vagin, serviront encore à maintenir l'intestin.

Le premier jour, la rétention d'urine obligera à pratiquer le cathétérisme évacuateur et antiseptique. Le vagin ne devra pas être trop bourré pour permettre l'introduction de la sonde.

Les pinces hémostatiques placées sur les artères vaginales et les ligaments larges doivent rester en place pendant 48 heures.

Après ce temps, elles seront retirées doucement et sans secousses. Les tampons sont renouvelés le troisième jour et remplacés.

S'il y a élévation de la température, les tampons seront supprimés et des lavages antiseptiques seront pratiqués trois fois par jour.

Habituellement les opérées peuvent se lever du quinzième au vingtième jour.

Dans le service chirurgical de la Salpêtrière, où l'antiseptie est, j'ose le dire, parfaite et presque idéale, M. Cha-

put (1), assistant de M. Terrillon, a été frappé des nombreux accidents fébriles liés à des poussées plus ou moins graves de septicémie qui suivent les diverses hystérectomies faites dans ce service, soit pour cancer, soit pour salpingites suppurées ou autres causes. Le tamponnement iodoformé qui suit l'hystérectomie, empêche l'écoulement libre et facile des liquides. En présence de la moindre poussée de septicémie, ou d'accidents dus à l'iodoforme, M. Terrillon a l'habitude de supprimer les tampons iodoformés et de faire pratiquer des lavages fréquents et antiseptiques. Ordinairement ces lavages amènent une disparition rapide des accidents fébriles, ce que M. Terrillon a pu souvent nous faire remarquer.

Ces lavages ne peuvent être pratiqués pendant les deux ou trois premiers jours à cause de l'encombrement du vagin par les pinces à demeure. Pendant ce temps la malade est exposée à l'intoxication iodoformée. De plus, les lavages peuvent être mal faits et ne pas remplir le but qu'on se propose. Frappé de ces inconvénients, M. le Dr Chaput a eu l'idée après l'hystérectomie vaginale de pratiquer des lavages de haut en bas au moyen d'un tube à drainage abdomino-vaginal, le tube en caoutchouc traversant la paroi abdominale et s'arrêtant dans le vagin.

M. Chaput exécute ce drainage de la façon suivante : de gros tubes de caoutchouc stérilisés sans trous latéraux et mesurant 25 centimètres de longueur et 14 millimètres de diamètre sont conservés dans de grandes éprouvettes de verre.

Avant l'hystérectomie vaginale, il est fait une petite incision médiane à trois ou quatre travers de doigt au-

1. *Semaine médicale*, 1892, p. 347.

Clinique chirurgicale. Hospice de la Salpêtrière. Traitement consécutif de l'hystérectomie vaginale par les lavages de haut en bas au moyen d'un tube à drainage abdomino-vaginal.

dessus du pubis. Cette incision ouvre le péritoine sur une étendue de 2 à 3 centimètres.

Chaque lèvre du péritoine est prise dans une pince hémostatique, afin de pouvoir plus tard retrouver facilement l'orifice.

Un pansement est maintenu sur la plaie par la main d'un aide.

L'hystérectomie vaginale est exécutée, et quand l'opération est terminée, M. Chaput introduit avec une pince le tube en caoutchouc par l'incision abdominale, jusque dans le vagin où il l'attire avec une autre pince venue à sa rencontre.

Deux pinces languettes, munies d'un fil sur leurs anneaux, afin qu'on puisse les reconnaître, sont placées à demeure sur les parois de l'orifice du tube (aux deux extrémités d'un même diamètre), de telle sorte que son calibre reste béant.

Puis, le drain est tiré vers le haut, jusqu'à ce que son extrémité inférieure soit située à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'orifice supérieur du vagin. Le tube est maintenu au niveau de la paroi par une épingle anglaise flambée, est oblitéré et recouvert par un pansement.

Par ce tube, M. Chaput fait faire dans les trois premiers jours quatre lavages par jour et plus fréquemment en cas de fièvre.

Le liquide s'écoule facilement par le vagin.

Le tube est laissé en place pendant huit à dix jours, puis supprimé s'il n'y a pas d'accidents. Six fois M. le Dr Chaput a employé ce procédé, cinq fois les malades sont restées complètement apyrétiques. Dans le sixième cas la fièvre était due à une éponge oubliée au fond du vagin. Cette éponge horriblement fétide ne fut retirée qu'au dixième jour, et la malade guérit parfaitement, ce qui témoigne, dit M. Chaput, en faveur du drainage abdomino-vaginal. La malade serait morte avec toute autre méthode de pansement.

M. Chaput reconnaît à sa manière d'agir les avantages suivants :

1° Elle permet de faire des lavages dès le premier jour.

2° Les lavages sont très faciles à exécuter.

3° Les lavages se faisant de haut en bas, on est sûr qu'ils partent d'assez haut, et l'on évite l'intoxication iodoformée, ainsi que l'infection par les germes vulvaires remontés avec la canule.

4° En cas de fièvre grave, il serait plus facile d'établir l'irrigation continue par le tube que par le vagin.

La méthode de M. le Dr Chaput est très originale et part d'un principe vrai. Nous croyons cependant qu'elle ne saurait être généralisée et mise en œuvre dans tous les cas d'hystérectomie. Elle ne doit être que l'exception. Si elle est vraiment utile, ce que nous croyons, cette méthode ne doit être appliquée que dans certains cas et secondairement quand l'opérée est menacée de septicémie et qu'il y a lieu de faire des lavages ou même l'irrigation continue, comme le conseille notre excellent maître M. le Dr Chaput.

Que devient la vaste brèche produite au centre du bassin après la disparition de l'utérus, des annexes et souvent de vastes poches purulentes voisines? Elle se rétracte et diminue avec facilité.

Non seulement les annexes ne peuvent pas être toujours enlevées, mais souvent aussi des portions de tissu utérin sont abandonnées; il reste, ou bien un moignon utérin, ou bien une coque utérine anfractueuse.

Malgré cela, la bonde (pour employer une expression chère à M. le Dr Péan), formée par l'utérus, étant retirée, les abcès s'ouvriraient consécutivement et le pus s'écoulerait grâce à un drainage parfait et déclive.

La pression intestinale viendrait encore favoriser l'expression de cette véritable éponge purulente, comparaison adoptée pour dépeindre ces lésions complexes décrites par M. le Dr P. Reclus sous le nom de pachy-pelvi-

péritonites, au milieu desquelles tous les organes pelviens sont confondus.

Les poches ouvertes n'ayant pu être décortiquées et extraites, peuvent, ainsi que l'a fait remarquer M. Terrillon, devenir le siège de rétentions purulentes. Pour éviter cet accident, il faudra avoir soin de tamponner soigneusement ces cavités à l'aide de bandelettes de gaze antiseptique, afin d'éviter leur rétraction et leur fermeture, ce qui sera souvent difficile. En cas de rétention de produits septiques, il sera nécessaire d'agrandir l'ouverture de l'abcès pour assurer au pus un libre écoulement.

La hernie de l'intestin à travers la plaie ne peut se produire que pendant l'opération et devra être évitée. Consécutivement l'intestin est maintenu par le tamponnement et ensuite par une barrière d'adhérences dont la formation est rapide.

Dans les jours qui suivent l'opération, on voit le vaste hiatus creusé par la main du chirurgien se rétracter, les parois se rapprocher, bourgeonner pour former plus tard une cicatrice solide, résistante, épaisse, assurant la solidité du plancher pelvien.

Dans les cas où un moignon utérin et une petite portion de la cavité utérine auront été respectés, la cicatrisation se fait au-dessous du moignon, en laissant à son centre un petit pertuis établissant une communication entre la cavité vaginale et la portion de cavité utérine restante. Une de nos malades opérées dans ces conditions par M. Terrillon est aujourd'hui guérie. Les annexes n'ont point été enlevées. Les règles apparaissent régulièrement, sans abondance, il est vrai, grâce à la conservation d'un moignon constitué par le fond de l'utérus.

Dans les cas restreints où elle est formellement indiquée, nous n'hésitons pas à déclarer l'hystérectomie vaginale de M. Péan une excellente et précieuse opération. Incontestablement plus douloureuse pour la patiente dans

nombre de cas, que la laparotomie, la gravité de l'hystérectomie vaginale ne paraît pas plus considérable.

Ce qui nous a particulièrement frappé chez quelques opérées, ce sont, immédiatement après l'opération et pendant 24 heures, les douleurs véritablement atroces ressenties par les malades.

Ensuite ce sont des névralgies intenses s'irradiant dans les cuissous, et dont nos opérées se sont plaintes pendant plusieurs semaines. Cette question de la douleur doit entrer en ligne de compte pour une certaine part.

Mais avouons à l'avantage de l'opération qui nous occupe, que ces douleurs atroces ne sont pas constantes, et que l'hystérectomie de Péan, qui paraît d'abord si grave et même si monstrueuse aux profanes, est habituellement suivie de guérison et d'un rétablissement rapide et parfait.

Au point de vue de l'exécution, le manuel opératoire de M. Péan paraît tout d'abord simple et facile; mais dans la pratique, il n'en est pas ainsi et l'on peut être exposé à se trouver aux prises avec les plus grandes difficultés, parmi lesquelles nous devons signaler surtout celles qui sont relatives à l'hémorrhagie.

D'autre part, un vagin étroit, rigide, une cloison vésico-vaginale œdémateuse, des culs-de-sac péritonéaux épaissis, distendus ou effacés, peuvent compliquer singulièrement les difficultés du manuel opératoire. L'opération est encore rendue difficile par la polysarcie, cas dans lequel il faut opérer à une grande profondeur. La voie vaginale devient alors un véritable gouffre au fond duquel les manœuvres deviennent des plus pénibles. Ces inconvénients heureusement seront beaucoup diminués et même abolis par le débridement de la vulve simple ou double, repris et modifié d'une façon très heureuse par notre maître M. le Dr Chaput (1), et qui est le suivant :

1. *Soc. obst. et gyn. de Paris*, décembre 1891.

DÉBRIDEMENT DE LA VULVE.

Technique. — « Du côté de la peau, l'incision est représentée par une ligne qui commence en haut à 2 centimètres environ de la fourchette, se dirige en bas et en dehors vers l'ischion et s'arrête après un parcours de 4 à 5 centimètres.

L'incision se prolonge en haut dans le vagin à 5 centimètres du bord de la vulve, dans le même plan que l'incision cutanée.

La section ne doit pas être faite des parties superficielles vers les parties profondes, mais par transfixion ce qui donne beaucoup de rapidité à l'opération. »

Hémostase. — « La transfixion faite, des jets artériels s'élancent de la plaie. De la main gauche l'opérateur pince la lèvre gauche de la plaie, il réserve sa main droite pour appliquer les pinces hémostatiques, aussi la compression de la lèvre droite est-elle réservée à un aide placé de ce côté. Avec les pinces hémostatiques, le chirurgien saisit l'angle supérieur de l'incision et les deux angles latéraux (l'aspect des surfaces cruentées est celui d'une losange), on étale largement les surfaces saignantes et l'on peut alors pincer un à un tous les vaisseaux qui donnent. »

« L'hémostase terminée, on laisse les pinces en place ; elles gênent peu, on peut les déprimer avec la valve d'un écarteur. On exécute alors l'opération principale, extirpation de l'utérus ou autre, et quand tout est terminé, pansement compris, on procède à la suture du débridement. »

Suture du débridement. — « Pour obtenir un affrontement correct, il faut d'abord placer le fil correspondant aux angles latéraux du losange. Avec une aiguille d'Emmet, on chemine au-dessous des surfaces cruentées et on place

un fil d'argent assez fort sur les deux chefs duquel on place une pince hémostatique. On exécute ensuite la suture vaginale de haut en bas, soit avec l'aiguille d'Emmet, soit avec un Reverdin ou Lamblin courbe. On peut employer des crins de Florence, ou mieux des catguts pour cette suture vaginale. Arrivé au fil d'argent, on le tord et on conserve environ 5 à 6 centimètres des deux chefs qu'on utilisera plus tard pour le pansement. La suture de la portion cutanée se fera avec une aiguille courbe quelconque et des crins de Florence. »

Pansement. — Soins consécutifs. — « Un tampon de gaze iodoformée, introduit dans le vagin, protège la portion vaginale de la suture. Comme il est difficile de faire tenir un pansement sur la plaie cutanée, un fragment de gaze iodoformée est enroulé autour des chefs du fil d'argent auxquels on donne une direction verticale. Tous les jours, on fait la toilette de la vulve, les fils cutanés sont enlevés au huitième jour, les fils d'argent au quinzième. »

Du double débridement. — « Quand un débridement unique ne donne pas un jour suffisant, on peut faire un double débridement de chaque côté. On voit alors la région de la fourchette tomber en arrière en donnant au vagin des dimensions extraordinaires. »

« Une vulve sur laquelle on a fait le double débridement présente un diamètre considérable (10 à 15 centimètres d'avant en arrière et transversalement). »

Résultats éloignés. — « Les résultats éloignés sont excellents. Une ligne mince cicatricielle indique seule la place du débridement, ce que M. Chaput a pu constater chez quatre de ses malades, plusieurs semaines après l'opération. Nous-même avons pu contrôler l'exactitude de ce fait. »

Complications. — Une seule fois M. le Dr Chaput a observé la suppuration de la plaie qui avait été probablement infectée par du pus provenant des annexes.

Indications du débridement vulvaire : (M. Chaput).

1° Cette opération est indiquée tous les fois que la vulve est gênante par son étroitesse ou que la tumeur à extirper est volumineuse.

2° L'énucléation des fibromes par la voie vaginale (méthode de Péan) se trouve également très facilitée par le débridement.

3° Chez les vierges, toutes les opérations un peu complexes sur l'utérus nécessiteront le débridement.

4° Dans les fistules vésico-vaginales inaccessibles.

Technique de l'extirpation de l'utérus pour pyosalpinx.

— M. Chaput conseille systématiquement le débridement uni ou bilatéral de la vulve, sauf dans le cas où les dimensions de cet orifice sont énormes, ce qui est rare.

Le débridement de la vulve permettant d'introduire facilement les quatre doigts de la main dans le bassin, M. Chaput a pu facilement dans ses opérations d'hystérectomie vaginale, à l'exemple de M. Terrillon, déchirer avec le doigt les ligaments larges à leur insertion à l'utérus au lieu de les couper. Grâce à cette manœuvre, il y a très peu d'hémorrhagie et une hystérectomie complète peut être exécutée sans ligature et avec une ou deux pinces à demeure seulement.

A l'appui de sa méthode de débridement de la vulve, M. Chaput rapporte 13 observations dont 6 ont été faites dans des hystérectomies pour salpingite, et il conclut que le débridement de la vulve rend non seulement plus facile l'extirpation de l'utérus, mais encore permet le plus souvent l'extirpation secondaire des annexes malades.

VALEUR COMPARATIVE DE L'HYSTÉRECTOMIE

ET DE LA LAPAROTOMIE TRANSPÉRITONÉALE APPLIQUÉES AUX
SUPPURATIONS PELVIENNES.

Dans tous les cas où la laparotomie est impuissante, et dans ces cas seulement, l'hystérectomie vaginale de Péan devient une opération précieuse. Cette dernière ne devrait pas être regardée comme une opération rivale de la laparotomie.

Elles doivent l'une et l'autre se compléter et non pas s'exclure.

Mais le chirurgien, dans la pratique, se trouve aux prises, en présence d'un cas donné, avec de grandes difficultés pour établir nettement les indications des deux opérations. Avant tout l'opérateur a besoin d'un diagnostic sûr et certain. Or, le diagnostic offre actuellement en gynécologie moins de certitude qu'en tout autre branche de la chirurgie.

En effet, comment savoir avant l'opération si l'abcès est énucléable ou non, si l'opérateur va se trouver en présence des lésions enkystées et pas trop adhérentes qui sont le triomphe de la laparotomie ou bien en présence de lésions complexes impossibles à attaquer par cette voie et qui seront traitées avec plus de succès et de facilité par l'hystérectomie vaginale?

La laparotomie permet la confirmation ou la rectification du diagnostic.

A l'hystérectomie il a été reproché de ne pouvoir exercer aucun contrôle sur des lésions dont le diagnostic clinique ne peut être sûrement établi. Ce reproche est grave

et n'est pas suffisamment pallié par les renseignements que peut fournir l'élytrotomie exploratrice préalable.

Les accidents dus à la décortication des lésions sont moins à redouter dans l'opération de Péan que dans la laparotomie, le chirurgien, disent les hystérectomistes, pouvant abandonner sans inconvénient dans le bassin des portions de tissu pathologique, ce qui rend moins fréquents les ruptures intestinales et autres accidents de la décortication. Mais est-il vrai que l'abandon de portions de tissus malades soit sans inconvénients ? Les hystérectomistes le prétendent, mais le fait n'est pas absolument prouvé.

L'hystérectomie expose à laisser passer inaperçues des poches purulentes qui alors ne sont pas ouvertes (Obs. XIII. de M. Segond). A cela les partisans de l'hystérectomie répondent que ces abcès, dont les parois ne sont plus soutenues, ont une tendance naturelle à s'ouvrir d'eux-mêmes ultérieurement et à s'affaïsser sous la pression abdominale.

Ce fait est encore à prouver, la cicatrisation pouvant parfaitement se faire par dessous ces abcès dont les parois sont plutôt consolidées par le tissu cicatriciel.

D'une façon générale, l'hystérectomie procure-t-elle une guérison plus complète que la laparotomie ? Les partisans de l'opération de Péan, le prétendent, mais peut-être modifieront-ils plus tard leur opinion, déjà nous connaissons des exemples dans lesquels la guérison après l'hystérectomie n'a pas été radicale et où des douleurs ont persisté.

L'hystérectomie est l'opération des gens sales, ont dit les adversaires de l'opération de Péan. Aujourd'hui il n'est permis à aucun chirurgien de ne pas suivre les règles d'une antiseptie rigoureuse. Ce reproche serait, il nous semble, plutôt à l'avantage de l'hystérectomie.

L'hystérectomie n'exige pas l'incision de la paroi abdominale et par suite n'expose pas aux hernies et éventra-

tions consécutives, elle ne produit pas non plus de cicatrice disgracieuse.

La question d'esthétique est importante il est vrai, mais elle ne doit pas primer l'intérêt immédiat et la vie de la malade. L'hystérectomie se fait par une voie naturelle, peu dangereuse si l'on a recours au pincement temporaire et définitif des vaisseaux. Elle permet d'enlever l'organe qui est le point de départ de la maladie et qu'elle entretient.

Les accidents utérins consécutifs à la laparotomie sont loin d'être aussi fréquents que le disent les hystérectomistes et souvent après quelques mois ces accidents cèdent spontanément.

L'utérus enlevé, le drainage est parfait pour l'écoulement de la sérosité, du pus ou du sang ; c'est là un avantage incontestable qu'à l'hystérectomie sur la laparotomie. Ce drainage déclive permet aussi d'éviter plus sûrement l'infection de la séreuse péritonéale.

L'hystérectomie est moins fréquemment suivie de fistules que la laparotomie qui a aussi moins de chances de guérir les abcès fistuleux.

Si la laparotomie présente des dangers et des inconvénients, tels que rupture de l'abcès dans le péritoine pendant la décortication et infection de la séreuse, blessure de l'intestin ou de la vessie par déchirure, l'hystérectomie non plus n'est pas exempte de dangers opératoires.

Le danger d'hémorrhagie n'est pas un des plus sérieux, car jusqu'à un certain point, il peut être imputable au chirurgien et nous n'insisterons pas.

Mais il en est autrement des blessures de l'uretère, des fistules de la vessie et des fistules stercorales.

Au cours de l'hystérectomie, deux fois M. le Dr Chaput (1) a trouvé des adhérences très fortes au rectum ; il a dû les couper aux ciseaux, et dans un de ces cas l'in-

1. Communication orale.

testin a été ouvert pendant la dissection ; il a dû suturer le rectum.

Dans une de nos observations, nous relatons après hystérectomie un cas de fistule stercorale qui a plus tard guéri spontanément. Une lésion plus grave c'est la blessure de l'uretère qui a été faite par le bistouri des chirurgiens les plus habiles. M. le Dr Picqué (1) nous a signalé le cas d'une malade opérée par M. le Dr Richelot, chez laquelle l'uretère fut coupé. M. le Dr Picqué fut obligé consécutivement d'exécuter la néphrectomie. Il doit prochainement publier cette observation.

Les partisans de l'hystérectomie vaginale de Péan invoquent en faveur de cette opération l'impossibilité qu'il y a souvent à enlever des abcès par la laparotomie, les péritonites consécutives dues à la rupture des poches purulentes.

Les laparotomistes répondent que les suppurations de la trompe et de l'ovaire sont précisément le triomphe de la laparotomie et M. Pozzi qui s'est montré partisan quand même de la laparotomie fait à l'opération de Péan les reproches suivants :

1° « L'hystérectomie est dépourvue de sanction physiologique et est en désaccord avec la physiologie qui nous apprend que l'utérus est fonction de l'ovaire. La réciproque n'est nullement vraie.

2° « Le diagnostic de la suppuration étant impossible, forcément l'hystérectomie est et sera appliquée à toutes les annexités suppurées ou non (une fois sur quatre au moins, le diagnostic n'est pas fait).

« L'hystérectomie étant une opération aveugle, l'opérateur sera entraîné à enlever des organes sains ou à peu près. D'autre fois on tombera sur des anses intestinales volumineuses et difficiles à déplacer (Entéroccèle adhésive de Doléris). Ailleurs c'est une surcharge graisseuse du

1. Communication orale.

gros intestin prise pour une salpingite par M. Pozzi et reconnue au cours de la laparotomie.

M. S. Pozzi cite encore un autre cas où le diagnostic clinique s'est trouvé en défaut :

Des anses intestinales agglutinées par des fausses membranes et distendant les culs-de-sac, donnaient une sensation élastique qui ressemblait à s'y méprendre à celle d'une collection liquide. Le diagnostic porté avait été pyosalpinx compliqué de péritonite (1).

Dans ses observations M. Pozzi prouve l'impossibilité d'établir un diagnostic ferme ce qui est vrai.

Le chirurgien de Lourcine n'accorde pas aux hystérectomistes les arguments qu'ils donnent en faveur de leur méthode, c'est-à-dire :

- 1° L'efficacité supérieure ;
- 2° La gravité moindre.

Il divise les lésions au point de vue opératoire en trois classes :

- 1° Poches libres ;
- 2° Poches libres, mais énucléables avec ou sans fistule ;
- 3° Poches très adhérentes non énucléables (avec ou sans fistule).

Toutes les fois que l'extirpation est possible, la laparotomie est toute puissante. Très rarement l'extirpation est impossible et encore la laparotomie peut guérir après nettoyage, lavage, drainage, tamponnement de Mickulicz ou suture à la paroi. La laparotomie a aussi raison des abcès fistuleux, et ce n'est que comme *ultima ratio* que M. Pozzi admet l'hystérectomie.

« La laparotomie, dit-il encore, est une opération de contrôle, l'hystérectomie est une opération de certitude

1. Pozzi et Beaudron. Quelques faits pour servir à la discussion sur le traitement des inflammations des annexes par la laparotomie ou l'hystérectomie. *Revue de Chirurgie*. Paris, 1891, août.

qui suppose l'infailibilité du diagnostic. Le premier coup de bistouri entraîne la perte totale de la fécondité.

Le vagin est un gouffre où s'ensevelissent sans vérification et sans enseignement possible les plus impardonnables erreurs. »

Si maintenant, pour nous renseigner sur les dangers et la gravité de l'hystérectomie, nous interrogeons la statistique ; en opposant les résultats de la statistique de MM. Richelot, Terrillon et Chaput, pour la laparotomie d'une part et ceux de MM. Segond et Richelot pour l'hystérectomie d'autre part ; ces auteurs ayant fait de part et d'autre, sensiblement le même nombre d'opérations, nous trouvons pour la laparotomie une mortalité de 8,5 pour 100 et pour l'hystérectomie une mortalité de 13,8 pour 100, ce qui donne 5 pour 100 à l'avantage de la laparotomie.

Laparotomie.

M. Richelot. — 27 laparotomies pour lésions suppuratives.

0 mort.

M. Terrillon, Chaput. — 55 laparotomies pour lésions suppuratives.

7 morts.

= 8, 5 0/0.

Hystérectomie.

M. Segond. — 55 hystérectomies par lésions suppuratives.

9 morts.

M. Richelot. — 39 hystérectomies pour lésions suppuratives.

4 morts.

= 13, 8 0/0.

La valeur de la laparotomie peut être envisagée au point de vue des renseignements qu'elle peut donner sur l'état pathologique du bassin, au point de vue des difficultés ou facilités du manuel opératoire, au point de vue de sa gravité et de ses résultats immédiats et éloignés.

A l'égard du diagnostic, toute laparotomie peut d'abord être considérée comme exploratrice. Cet avantage, l'hystérectomie le posséderait aussi, grâce à l'élytrotomie préliminaire, mais pensons-nous, d'une façon moins parfaite.

La laparotomie pour abcès pelviens est-elle une opération difficile? Oui, d'une façon générale; mais ses difficultés sont subordonnées à la gravité et à la complexité des lésions. Quand les lésions sont considérables et qu'il y a des adhérences nombreuses, comme dans les observations rapportées par MM. Pozzi et Baudron, la laparotomie devient très difficile, beaucoup plus difficile que l'hystérectomie.

Les difficultés de la laparotomie sont parfois insurmontables. Telle n'est pourtant pas l'opinion de Lawson Tait (5^e congrès français de chirurgie, 1891), qui dit avoir terminé toutes les opérations de salpingite qu'il a entreprises.

« Aucune opération ne doit rester inachevée, dit-il, je ne redoute pas les déchirures ». « J'ai toujours réussi à guérir les fistules urinaires et intestinales. »

Nous sommes forcés de nous incliner devant une telle autorité. Peut-être le chirurgien de Birmingham n'opère-t-il pas tous les cas, ou bien opère-t-il ses malades à une période rapprochée du début, alors que les adhérences n'ont pas eu le temps de se former.

A l'égard du pronostic, si les abcès sont bien enkystés, petits, faciles à décortiquer, le pronostic après la laparotomie est favorable, et la guérison assurée. Mais à côté des succès, il y a les revers. L'opération peut devenir grave par sa durée et la péritonite n'est pas toujours évitée par le lavage, le drainage et la toilette du péritoine.

Heureusement l'écoulement du pus dans le péritoine est souvent compatible avec la guérison. Comme nous l'avons déjà dit, c'est de la virulence du pus que dépend le pronostic, lorsque le péritoine a été souillé.

« Il serait important, dit M. le Dr S. Pozzi, de distinguer les collections constituées par du pus de nouvelle formation, ayant conservé toutes ses qualités virulentes, et celles où le pus, après un long séjour, s'est dépouillé de ses microbes. C'est là le processus d'un grand nombre d'hydrosalpinx. »

Cette intéressante question de la virulence des collections péri-utérines a été étudiée par M. Ch. Boileux de Paris à la clinique de Martin de Berlin.

Voici les conclusions de ses travaux (1) :

M. le Dr Boileux a examiné le pus de 42 abcès pelviens presque tous opérés par la voie abdominale,

Lesensemencements sur l'agar-agar, après 24 ou 36 heures, donnèrent tantôt d'innombrables colonies de bactéries, si le pus, était très virulent.

Le développement des colonies était restreint si le pus était peu virulent.

Parfois les plaques restèrent complètement stériles, on était alors certain d'un bon pronostic.

Des animaux furent inoculés, soit immédiatement après l'opération, par injections sous-cutanées, soit à l'aide d'injections dans le péritoine, 11 fois avec du pus de salpingite purulente, 6 fois avec du pus d'abcès pelvien, 2 fois avec du pus de péritonite tuberculeuse (ce dernier a fait mourir les animaux).

Les animaux inoculés avec du pus non virulent survivaient à l'inoculation, les uns sans réaction aucune, les autres en présentant des abcès sous-cutanés toujours nettement limités.

1. Boileux. *Recherches bactériologiques dans des cas d'abcès pelviens, de salpingites purulentes et d'abcès de l'ovaire. Lyon médical*, 1 février. *Soc. de gyn. de Berlin*. 24 janvier 1890.

Si le pus était virulent, les animaux injectés dans la cavité péritonéale mouraient généralement dans les 48 heures. Les animaux inoculés sous la peau succombaient dans les 4, 8, 15 jours qui suivaient l'inoculation.

Les microbes rencontrés par M. Ch. Boileux sont le streptococcus et fréquemment les staphylococcus aureus, albus et autres. Il a particulièrement étudié deux espèces de bactéries différentes dont il donne les caractères et qui seraient fortement pathogènes. L'une d'elles serait pathogène pour les pigeons et la seconde serait pathogène pour les souris, cobayes, lapins, et non pathogène pour les pigeons. La culture de la seconde produisait un pigment jaunâtre sur la pomme de terre, tandis que la première s'y développerait sous forme d'une couche d'un blanc mat. La seconde est aerobie et ses cultures dégageraient l'odeur du pus des abcès pelviens au moment même de l'opération.

M. le Dr Boileux n'a pas rencontré le gonocoque de Neisser, bien qu'il y ait eu des cas suspects de gonorrhée, cette absence de gonocoques confirme les observations de MM. Cornil et Terrillon.

Ainsi sur 42 cas d'abcès pelviens examinés par M. Boileux, 19 se sont montrés virulents dont trois de tuberculose et 16 cas de septicémie de différents genres.

Ces observations lui permettent de conclure avec M. Terrier :

1° Que l'épanchement du pus dans la cavité péritonéale est toujours une chose très sérieuse.

2° Que la quantité du pus épanché ne fait rien à la chose, il peut y avoir peu de pus, lequel par sa virulence constitue un danger.

Menzel de Berlin (congrès de Berlin) dans 26 cas de suppuration de la trompe recueillis à la clinique privée de Martin, a trouvé 8 fois des micro-organismes dans le pus.

Sur l'agar sulfur on a pu faire des cultures pures.

Deux fois de streptococcus pyogènes.

Une fois de staphylococcus pyogènes albus.

Une fois de bacilles mobiles saprophytiques.

Dans le reste des cas, le pusensemencé est resté stérile, mais il renfermait visiblement sous le microscope, le diplococcus colorable d'après la méthode de Gram et trois fois le gonocoque de Neisser.

De ces études bactériologiques nous pouvons conclure :

En présence d'une collection suppurée il serait utile, avant d'entreprendre la laparotomie, dans tous les cas où cela est possible et sans inconvénient, de se procurer le liquide purulent par une ponction et d'en faire l'examen bactériologique. Si le pus est très virulent, l'opérateur, pendant la décortication, redoublera de précautions, pour éviter la rupture de l'abcès enkysté, et si les adhérences sont trop intimes pour ne pas permettre l'extraction sans rupture, il vaudra mieux abandonner l'opération pour suivre la voie vaginale qui offre un drainage plus parfait. Si l'opérateur n'est pas partisan de l'opération de Péan, nous voudrions lui voir établir le drainage abdomino-vaginal à l'aide duquel il est possible d'établir l'irrigation continue, comme l'a proposé notre maître M. le Dr Chaput.

Si, au contraire, l'opérateur a affaire à du pus peu ou non virulent, il pourrait après l'incision abdominale poursuivre l'opération, même en présence de lésions très complexes, le danger, pour un opérateur habile, ne résidant pas tant, jusqu'à un certain point, dans la complexité de lésions que dans les qualités virulentes du pus.

Statistique des laparatomies.

M. Richelot. — 27 pyosalpinx donnent :

15 guérisons immédiates.

9 gardent de l'empâtement autour du pédicule et des douleurs persistantes chez des nerveuses.

1 suppuration nouvelle après drainage sans ablation.

1 fut drainée par le vagin et eut des poussées douloureuses plus tard.

1 depuis cinq mois incision vaginale après laparotomie paraît guérie.

0 mort.

M. Segond. — 2 pyosalpinx. Guérison radicale.

4 pyosalpingites graves. Accidents consécutifs métrorrhagies, écoulements purulents.

0 mort.

M. S. Pozzi. — 54 Lap. pour suppuration.

4 morts.

M. Picqué (statistique partielle, 1891). Hôpital Pascal (travail en collaboration avec le Dr Charrier — sera publié prochainement).

8 lap. pour suppurations.

8 guérisons.

M. Routier. — 27 lap. pour lésions suppuratives dont 4 tuberculoses.

0 mort.

M. Bouilly. — 23 lap. pour pyosalpinx, ovarites suppurées dont 14 grosses collections.

4 morts.

M. Jacobs de Bruxelles. — 9 lap. pyosalpingites.

9 succès.

MM. Terrillon et Chaput. — 55 lap. pour lésions suppuratives diverses.

7 morts.

Ce qui fait pour la laparotomie.

	Laparotomies	Morts
MM. Richelot	27	0
Segond.	6	0
J. Pozzi	54	4
Picqué	8	0
Routier.	27	0
Bouilly.	23	4
Jacobs	9	0
Terrillon-Chaput.	55	7
Total	209	15

Ces chiffres nous donnent une mortalité de 7, 1 0/0.

Statistique d'hystérectomies pour lésions suppuratives.

MM. Segond.	55	9
Richelot	144	9
	199	18

Mortalité = 9 0/0.

En prenant en bloc les hystérectomies pour lésions diverses indistinctement suppurées ou non suppurées, l'hystérectomie donne 4, 8 0/0 de mortalité.

MM. Péan.	150	0
Segond.	102	11
Richelot	39	4
Jacobs.	61	2
Doyen.	77	4
Rouffart.	21	1
	450	22

Mortalité = 4, 8 0/0.

La mortalité de la laparotomie faite pour lésions suppurées est de 7, 1 pour 100.

La mortalité de l'hystérectomie faite pour toutes les lésions indistinctement est de 4, 8 pour 100.

D'après la statistique de MM. Richelot et Segond l'hystérectomie pour lésions suppurées présente une mortalité de 9 pour 100.

De cette statistique nous pouvons conclure que la mortalité de l'hystérectomie est beaucoup plus considérable que celle de la laparotomie quand il s'agit de lésions suppurées.

En effet, la mortalité de 4, 8 pour 100 de l'hystérectomie résulte de la statistique de tous les cas pris en bloc, aussi bien pour les lésions suppurées que non suppurées ; la laparotomie donne dans ces cas une mortalité de à peine 2 pour 100.

OBSERVATIONS DE LAPAROTOMIES

OBS. XVII. — (M. Chaput non publiée).

Marie L..., 31 ans. A eu une fausse couche. Règles irrégulières. Début, 8 ans.

Accidents antérieurs. Absence de règles pendant trois mois. Hémorrhagie considérable. Fausse couche. Douleurs violentes. Pertes blanches et pertes de sang.

Opération le 9 juillet 1890.

Trompes énormes, *distendues par du pus caséux* à parois énormes. Adhérences. Lésions bilatérales.

Deux pédicules en chaîne. A gauche la trompe se coupe par le fil. On replace deux autres ligatures.

Sort guérie le 23 août 1890, malgré une bronchite suffocante qui se déclara après l'opération.

OBS. XVIII. — (M. Chaput, non publiée).

Marthe L..., 29 ans. Pas d'enfants. Règles douloureuses et abondantes depuis deux ans.

Début il y a 5 ans. A déjà été opérée dans le service, d'un adénome du sein, le 13 mai 1890. — Urines normales.

Opération le 16 août 1890.

A gauche, adhérences à l'intestin, franges graisseuses. Trompe énorme *remplie de pus*, ovaire sclérosé. A droite, ovaire scléreux. salpingite catarrhale.

Petites poches accessoires rompues. Lavage du péritoine, pas de drainage.

Accidents consécutifs. Deux abcès de la paroi.

Sort guérie le 20 septembre 1890.

OBS. XIX. — (M. Chaput non publiée).

Alice D..., 27 ans. A eu un enfant il y a trois ans. Règles régulières, abondantes.

Début il y a un an par des douleurs abdominales vives et pertes blanches.

Douleurs surtout vives depuis janvier 1890 et nécessitant le repos au lit de temps en temps. Curetage il y a trois mois sans succès. Métorrhagie abondante en juillet 1890.

Opération le 2 septembre 1890.

Tumeurs salpingiennes énormes *remplies de pus*, plus grosses que le poing. Bilatérales.

Utérus infiltré de matière caséuse.

Grattage au bistouri. Thermo-cautérisation.

Adhérences à l'épiploon. Cinq pédicules liés.

Lavage du péritoine, pas de drainage.

Adhérences avec le cœcum infiltré comme l'utérus de matière caséuse.

Sort guérie le 26 septembre 1890.

OBS. XX. — (M. Chaput non publiée).

B..., femme M..., 27 ans, deux enfants, une fausse couche. Règles régulières.

Début il y a 6 ans, à l'époque de sa fausse couche. Depuis, douleurs dans le bas-ventre.

La deuxième grossesse fut douloureuse pendant toute la gestation. Depuis 15 jours, douleurs plus vives. Elle entre à l'hôpital en pleine péritonite. Fièvre. T. = 39°, le soir. Opération le 20 septembre 1890.

Lésions considérables. Petit bassin comblé. Adhérences de l'épiploon et de l'S iliaque aux annexes.

A droite, annexes polyphystiques grosses comme une pomme.

A gauche, poche du même volume *remplie de pus*.

Pas de lavage du péritoine.

Tamponnement iodoformé contre une hémorrhagie veineuse pendant 48 heures.

Sort guérie le 16 octobre 1890.

OBS. XXI. — (M. Terrillon. Non publiée).

Marie B... (D^r Janet), 23 ans, pas d'enfant. Règles deux fois par mois, abondantes, non douloureuses.

Début il y a 2 ans par pelvi-péritonite. Urine normale.

Opération le 29 novembre 1890.

Epiploon adhérent et épaissi. A gauche, poche énorme à parois épaisses, très profonde, adhérente au cul-de-sac vaginal.

A droite : ovaire peu volumineux, des adhérences de l'intestin grêle à l'utérus empêchent l'ablation.

A gauche, un pédicule externe.

Deux ligatures en chaîne pour le pédicule interne. Drainage pendant 48 heures avec une mèche de gaze iodoformée.

Examen de la tumeur. Poche ovarienne, à parois épaisses, *remplie de pus épais, verdâtre*. Trompe épaissie tortueuse, pas de liquide.

Sort guérie le 29 décembre 1890.

OBS. XXII. — (M. Terrillon. Non publiée).

P..., femme B..., 24 ans. Un enfant en 1887. Régée à 11 ans 1/2. Règles normales jusqu'à son mariage en 1886. Irrégulières surtout depuis 3 ans.

Début il y a 3 ans, depuis sa couche.

Après l'accouchement, fièvre, douleurs dans le bas-ventre, ayant nécessité le repos au lit pendant 4 mois.

Retour de couche 7 mois après. Pertes sanguines depuis et leucorrhée.

Urines normales.

Opération le 18 octobre 1890.

Annexes droites enlevées, trompe droite dilatée, sinueuse, *remplie de pus*. Matière caséeuse dans le pédicule. Ovaire scléreux.

Annexes gauches, profondes, très adhérentes, impossibles à enlever.

Double ligature à la soie sur la trompe droite. Pas de lavage du péritoine. Tamponnement iodoformé nécessité par les tentatives du décollement à gauche.

Sort guérie le 17 novembre 1890.

OBS. XXIII. — M. Terrillon, publiée *in th. Hahusseau*,
Paris, 1891.

Héloïse J..., 20 ans, pas d'enfant. Réglée à 13 ans. Abondamment tous les trois mois. Début il y a 1 an par une blennorrhagie. Douleurs. Hémorrhagies arrêtées par deux curettages faits par MM. Blum et Walther.

Urines normales.

Opération le 6 décembre 1891.

A droite, ablation facile, à gauche, ablation difficile, organes collés contre le bassin, adhérents au rectum et à l'épiploon.

Décortication difficile et donnant du sang.

Pas de drainage.

Examen de la tumeur : Trompe droite, volumineuse, *contenant du pus*.

Ovaire droit kystique.

A gauche. Trompe volumineuse.

Ovaire déchiré.

Sort en bon état le 25 janvier 1891.

Revient dans le service le 12 février avec une poche fluctuante de la grosseur d'un œuf dans le cul-de-sac droit. Ponction le 13 février, issue d'un liquide citrin.

Cette malade a eu plus tard une hématocele et a été hystérectomisée par M. Schwartz.

OBS. XXIV. — (M. Terrillon. Non publiée)

B... (D^r Castex), 34 ans. Deux enfants. Pertes graves. Début il y a 12 ans par pelvi-péritonite. Nouvelle poussée il y a six mois. Abscess ouvert dans le rectum. Opération le 13 décembre 1890.

Double salpingite très épaisse *avec abcès de l'ovaire*, très difficile à enlever.

Quatre pédicules avec triple ligature. Drainage pendant 48 heures à la gaze iodoformée. Suintement liquide abondant.

22 décembre. — Fièvre, cystite.
Sort guérie le 1^{er} février 1891.

OBS. XXV. — (M. Terrillon. Non publiée).

Juliette P..., f. M..., 22 ans, pas d'enfants. Règles irrégulières, pertes.

Début à 21 ans depuis le mariage.

Amaigrissement, fatigue, douleurs dans le ventre, dans les cuisses, les reins. Urines normales.

Opération le 20 janvier 1891.

Epiploon adhérent. A gauche, hydrosalpingite au niveau du 1/3 externe de la trompe qui est épaissie, très dure, *ovaire rempli de kystes purulents*. Adhérences très intimes. Pédicule externe et gros pédicule interne.

A droite, adhérences de la tumeur à une anse intestinale. Elle est tombée dans le fond du bassin, elle est difficile à enlever. Rupture de l'ovaire malade pendant la décortication. Trompe très épaisse avec cavité liquide, ovaires très altérés avec cavités multiples contenant du liquide séreux.

Tamponnement à la gaze iodoformée du côté droit.

Mort le 25 janvier 1891.

OBS. XXVI. — (M. Terrillon. Non publiée).

M^{me} F... (D^r Budin), 36 ans. 4 enfants. Règles abondantes. Début il y a 5 ans par pelvi-péritonite légère. Urines normales.

Opération le 28 janvier 1891.

Grosse salpingite du volume du poing avec *abcès à droite*. Décortication difficile. Gros pédicule.

Hydrosalpingite avec ovaire volumineux à gauche. Deux pédicules.

Drainage à la gaze iodoformée.

Guérison.

OBS. XXVII. — Salpingite double. — Abcès de l'ovaire-blennorrhagique (personnelle).

La nommée P... Léontine, âgée de 25 ans, employée. Entrée le 2 avril 1891, salle Lallemand, lit n° 18, à la Salpêtrière, service de M. Terrillon.

Réglée à 15 ans, régulièrement, mais règles toujours douloureuses. Anémie, pertes blanches. Quelques douleurs dans le ventre en novembre 1886. Jamais d'enfant ni fausse couche. En janvier 1887, pertes jaunes verdâtres, douleur à la miction. Pélvi-péritonite en mars 1887, pour laquelle elle est soignée à l'hôpital Laënnec pendant 6 mois dans le service de M. Ferrand.

Depuis a toujours souffert. Règles irrégulières très douloureuses avec irradiations dans les reins et les cuisses.

Depuis 6 mois les règles sont de plus en plus abondantes et douloureuses.

Etat actuel. — Douleurs extrêmement vives dans les reins et le bas-ventre, même dans l'intervalle des règles. Alternation de constipation et de diarrhée. Perte d'appétit, palpitation, essoufflements, leucorrhée abondante.

Signes physiques. — Ventre douloureux à la palpation, surtout dans les deux fosses iliaques. Utérus situé normalement, mobile, mais douloureux au toucher.

Deux masses très volumineuses occupent les culs-de-sac.

Laparotomie le 7 avril 1891.

A gauche. — Trompe énorme très adhérente avec abcès dans l'ovaire. La trompe est hypertrophiée, très épaissie. Sa lumière est effacée par les franges de la muqueuse hypertrophiée.

A droite. — Trompe aussi volumineuse contenant un liquide louche. Muqueuse épaissie.

Ovaire polykystique et gros.

Guérison.

Cette malade est morte depuis à l'Hotel-Dieu, de fièvre typhoïde.

OBS. XXVIII. — (M. Terrillon. Non publiée).

M^{me} L... (D^r Viardin de Troyes), 24 ans, a eu un enfant il y a 5 ans. Règles normales. Début il y a cinq ans par accidents péritonéaux après l'accouchement. Urine normale.

Opération le 25 avril 1891. Laparotomie. Deux trompes énormes de 15 centimètres sur 7, *remplies de pus*, peu adhérentes. Celle du côté droit se rompt pendant l'opération, mais on préserve le péritoine. Celle de gauche, plus grosse, est enlevée en entier.

Hémorrhagie. Lavage. Drainage à la gaze iodoformée pendant 24 heures. Guérison rapide.

Est bien portante le 30 décembre 1891.

OBS. XXIX. — Ovaro-salpingite double. — Ovaires kystiques. — Trompe droite contenant du muco-pus. — Laparotomie. — Extraction des annexes (due à l'obligeance de M. Baudet).

La nommée Blanche D..., femme B..., âgée de 34 ans, passementière. Entrée le 4 mai 1891, salle Lallemand, lit n° 4. A la Salpêtrière, service de M. Terrillon.

A eu une fièvre typhoïde à 24 ans. Régée à 11 ans. Bien réglée. Les règles duraient 10 jours, non douloureuses.

Pas d'enfant. Il y a 5 ans, fausse couche de 5 mois.

La malade prétend que la fièvre typhoïde lui avait laissé des douleurs dans le ventre au moment des règles et de petites coliques sourdes irradiées jusque dans les reins. Les règles n'avaient pas changé. Pertes blanches insignifiantes. ¶

Depuis un an : la malade a eu une forte perte de sang qui a duré 2 mois ; elle est restée un mois bien portante ; puis nouvelle perte. Depuis ce temps a eu des métrorrhagies qui durent six semaines et qui sont revenues environ tous les deux mois. Ces métrorrhagies reviennent au moment des règles. Et quand ces métrorrhagies n'existent pas, les règles se produisent régulièrement à leur époque.

Douleurs dans le bas-ventre quand la malade se fatigue. Depuis deux mois, pas de douleurs au moment des règles. Il y a trois mois, a souffert en urinant : constipation. A maigri beaucoup.

Les annexes des deux côtés ne sont pas volumineuses. Elles sont néanmoins très douloureuses à la palpation et au toucher combinés.

Opération le 16 mai 1891. Laparotomie. Les annexes droites sont fort adhérentes. Au petit bassin, ovaire kystique. Trompe avec pavillon perméable, mais contenant du muco-pus.

A gauche. Trompe normale. Ovaire kystique. Adhérences molles.

Guérison.

OBS. XXXI. — (M. Chaput. Non publiée).

Léonie M..., femme Ch..., 21 ans.

Deux enfants. Règles abondantes qui durent 8 jours, et douloureuses.

Début il y a huit mois. Pelvi-péritonite il y a cinq mois. Urines normales.

Opération le 19 mai 1891. Laparotomie.

A droite, annexes volumineuses comme un œuf de pigeon, facilement décollées. Rupture d'une poche tubo-ovarique à *contenu puriforme*. Double ligature.

A gauche, poche du volume des deux poings. Liquide séro-sanguin.

Sort guérie le 13 juin 1891 (D^r Ladroite).

OBS. XXXII. — Ovaro-salpingite double. — Ovaires kystiques. —

Trompe gauche contenant du muco-pus. — Laparotomie.

— Ablation (M. Baudet, externe du service).

La nommée Juliette D..., âgée de 29 ans, couturière. Entrée le 4 juin 1891, salle Lallemand, lit n° 22.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance. Fièvre typhoïde à 23 ans. Réglée à 11 ans 1/2, régulièrement. Règles durent 5 à 6 jours, peu abondantes, avec quelques coliques.

Un enfant il y a six ans, à la suite phénomènes d'infections puerpérales : fièvre, douleurs dans le ventre et quelques pertes blanches. Il y a cinq ans, la malade éprouvait des douleurs dans le bas-ventre sur la ligne médiane, pertes blanches, jaunâtres, épaisses ; a été traitée par des cautérisations du col et les pertes ont cessé, les douleurs également. Elle a néanmoins conservé au moment des règles les douleurs qui existaient déjà avant sa maladie. Les règles avaient été modifiées : comme quantité, elles étaient irrégulières, mais le plus souvent elles étaient moins abondantes.

Jusqu'à l'année dernière, elle a été assez tranquille. Au mois de juillet dernier, il y a 11 mois, la malade ayant pris froid au moment des règles, les a vues se suspendre brusquement et elles ne sont revenues qu'au mois de septembre.

Le 22 mai, elle a eu ses dernières règles qui ont duré cinq

jours, peu abondantes et peu douloureuses comme autrefois, puis 2 jours après elle a été prise de fièvre, de frissons, de douleurs dans le côté gauche, irradiées dans la cuisse; pas de ballonnement du ventre, pas de vomissements.

Il y a quinze jours, nouvelle poussée inflammatoire. Actuellement elle souffre peu. Miction normale. Défécation normale. N'a pas maigri.

Examen de la malade.

Utérus en latérotation. Col incliné à gauche.

Fond de l'utérus basculé en avant.

Annexes droites peu grosses.

Annexes gauches très volumineuses remontant à 4 ou 5 travers de doigt au dessus du pubis, douloureuses à la pression. La fluctuation n'est pas perçue.

Laparotomie le 23 juin 1891.

À gauche, annexes adhérentes au fond du petit bassin, la décortication en est excessivement difficile, les adhérences sont très résistantes. On est obligé de faire un pédicule externe.

À droite, les annexes sont plus libres, mais adhérentes cependant au bord du détroit supérieur.

Examen des pièces. — Annexes gauche. L'ovaire et la trompe forment une masse grosse comme un œuf. Le pavillon a disparu, soudé à l'ovaire. La trompe est allongée, épaissie contenant du liquide muco-purulent ovaire hypertrophié, bourré de kystes séreux.

Annexes droites, fusionnées. Moins volumineuses qu'à gauche. Trompe molle, rouge, vascularisée, non perméable. L'ovaire présente une grande quantité de kystes sanguins, et seulement quelques kystes séreux.

Guérison.

OBS. XXXII. — (M. Terrillon. Non publiée).

M^{me} Sch..., née M... (D^r Demange de Nancy), 25 ans. Un enfant. Règles abondantes.

Début il y a cinq ans. Plusieurs poussées de pelvi-péritonite. Très affaiblie, mais souffrant peu. Urines normales.

Opération le 25 juin 1891. Laparotomie.

À droite, énorme abcès de l'ovaire.

Ponction : 250 grammes de pus. Enlevé avec peine, se rompt en sortant.

Gros pédicules interne et externe.

A gauche, ovaire polykystique avec adhérences et trompe hypertrophiée et malade.

Examen des pièces. Kyste purulent de l'ovaire droit avec trompe déformée.

Guérison.

Bonnes nouvelles le 1^{er} janvier 1892.

OBS. XXXIV. — Salpingite tuberculeuse double. — Extirpation.

La nommée Mathilde B..., âgée de 25 ans, profession brodeuse. Entrée le 17 octobre 1891. Salle Lallemand, lit n° 18, à la Salpêtrière, service de M. Terrillon.

A eu une fièvre typhoïde à l'âge de 5 ans.

Au mois de juin 1891, bronchite qui a duré trois mois.

Pas d'enfant, ni de fausses couches.

Réglée à 17 ans : ne l'a jamais été régulièrement.

Malade depuis cinq ans. A cette époque commença à ressentir des douleurs dans le bas-ventre un peu avant et pendant les règles, douleurs caractérisées par des élancements dans le côté gauche, irradiées sous forme d'engourdissement dans les cuisses et de tiraillements dans les reins. Ces douleurs sont exagérées par la fatigue et diminuent sous l'influence du repos. La malade était alors obligée de marcher pliée en deux.

Depuis 5 ans, la douleur n'a pas cessé.

Au mois d'août 1890, péritonite, vomissements de sang pendant 15 jours. Ventre ballonné, peu de fièvre et quelques frissons. Elle est restée couchée jusqu'au mois de juillet.

En janvier 1891, elle entre à l'Hôtel-Dieu pour des douleurs dans le bas-ventre et des vomissements.

Les règles durent 5 ou 6 jours et sont douloureuses avant et après.

Miction facile, grande constipation.

Examen de la malade. — Utérus en position normale, mobile ; lorsqu'on lui imprime des mouvements, on détermine une forte douleur du côté gauche.

Annexes gauches prolabées dans le cul-de-sac de Douglas, for-

mant une masse volumineuse, empâtée, qui remonte assez haut.

Annexes droites moins volumineuses mais douloureuses.

Urine normale.

Laparotomie le 17 novembre 1891.

Annexes droites adhérentes au fond du bassin. Pendant l'extraction, une poche se crève et laisse échapper de la *matière caséuse*.

Annexes gauches adhérent au fond du bassin et à la paroi abdominale antérieure.

Une poche se crève de nouveau, laissant encore échapper de la matière caséuse.

Deux pédicules à gauche.

Drainage à la gaze iodoformée.

Guérison.

Examen des pièces. — Ovaire droit : Kystique déchiré par la traction faite sur les adhérences. Trompe bosselée, couverte de fausses membranes.

Le pavillon n'est plus reconnaissable, et transformé en *abcès froid*.

Dans la trompe, matière caséuse comme du mastic.

Ovaire gauche kystique, déchiré également, couvert de fausses membranes.

La trompe gauche, couverte de fausses membranes, présente un semis de tubercules caséux.

Dilatée, vascularisée, elle contient trois ou quatre bosselures correspondant à des abcès enkystés dans la trompe et contenant de la matière caséuse.

OBS. XXXV. — Salpingite double. — Abcès de l'ovaire gauche.

— Adhérences des annexes droites à l'intestin qui en rendent la décortication impossible.

La nommée Joséphine B..., femme B..., âgée de 24 ans, sans profession, entrée le 30 novembre 1891. Petite salle Lallemand, lit n. 4, à la Salpêtrière, service de M. Terrillon.

N'a jamais été malade. Réglée à 14 ans 1/2, régulièrement : règles duraient trois jours, peu abondantes, non douloureuses. Pas d'enfants, ni fausses couches. Depuis trois ans, pertes jaunâtres, peu abondantes.

Il y a deux ans la malade vit ses règles se prolonger pendant

trois semaines : l'écoulement sanguin était peu abondant et non accompagné de douleur. Il y a 3 semaines nouvelle perte qui a duré jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital. La douleur était parfois violente à l'époque des règles et n'existait pas dans l'intervalle. Miction et défécation normales. Léger amaigrissement.

Au toucher, on constate que le col est rapproché de la vulve. L'utérus est en latéro-flexion du côté droit. A droite de l'utérus, masse grosse comme un œuf, dure et séparée nettement de l'organe par un sillon. A gauche, les annexes sont un peu grosses et douloureuses. Pas de lésions aux poumons ni au cœur.

Laparotomie le 10 décembre 1891.

A gauche, cavité séreuse qui est ponctionnée. Ablation des annexes, au cours de la décortication, *une poche purulente* très petite se crève.

A droite, adhérence extrême à l'intestin grêle qui oblige de la laisser en place.

Examen des pièces. — L'ovaire gauche est bourré de kystes, les uns séreux, les autres purulents : il est gros comme une noix. Une poche kystique a été ponctionnée.

La trompe est petite, ne contenant pas de liquide, le pavillon est oblitéré.

Sort de l'hôpital guérie.

OBS. XXXVI. — (M. Terrillon). Non publiée.

P..., femme V..., 34 ans, deux enfants, une fausse couche. Règles irrégulières. Début 3 ans 1/2 après fausse couche suivie de péritonite. Urines normales.

Opération le 16 février 1892. Laparotomie.

A droite, trompe énorme avec *ovaire suppuré* très adhérent. *Rupture de l'abcès*, issue du pus dans le péritoine.

A gauche. Trompe énorme avec ovaire polykystique, adhérent au bord du bassin, à la fosse iliaque et à la paroi abdominale.

Mort le 21 février 1892.

OBSERVATIONS D'OPÉRATIONS DE PÉAN.

Faites dans le service de M. Terrillon à la Salpêtrière.

En raison du petit nombre d'observations dont nous

disposons, nous donnons ici quelques observations n'ayant pas rapport à des lésions suppuratives.

OBS. XXXVII. — Opération de Péan faite par M. Terrillon.

M^{me} de P..., 24 ans, pas d'enfant. Début 3 ans.

Suppuration par le rectum, intermittente.

Opération le 23 février 1892, par M. Terrillon.

Ablation de l'utérus par morceaux, avec trois fibromes ; à droite, *un gros abcès* qui est enlevé en totalité après ouverture. À gauche, ablation des annexes. Péritoine ouvert. Mèche de gaze iodoformée. Guérison.

OBS. XXXVIII. — Pyosalpingite gauche. — hystérectomie vaginate partielle. — Ablation partielle de la paroi du kyste suppuré (due à l'obligeance de M. Baudet, externe du service).

La nommée A... Clémentine, femme L..., âgée de 49 ans, profession. ménagère, est entrée dans le service de M. Terrillon, le 2 février 1891. Petite salle Lallemand, lit n° 4, à la Salpêtrière.

Antécédents héréditaires. — Père mort de pleurésie, mère morte d'un catarrhe pulmonaire.

Antécédents personnels. — N'a jamais eu de maladie sérieuse. Réglée à 14 ans, mais d'une façon irrégulière jusqu'à l'âge de 16 ans. Les règles durent 5 jours, sans coliques, mais assez abondantes.

A l'âge de 21 ans, à la suite d'une grande émotion, les règles s'arrêtent pendant six mois et depuis elles ont été toujours à peu près régulières. Mariée à 24 ans, est accouchée à 25 ans d'un enfant mort à l'âge de 13 ans d'une tumeur blanche du genou et de tuberculose pulmonaire.

L'accouchement fut un peu long, la malade se lève le cinquième jour et reprend son travail le onzième jour. Trois semaines plus tard apparaît une douleur vive dans le côté gauche du bas-ventre en même temps qu'un écoulement leucorrhéïque abondant. Depuis ce temps la malade ne souffre plus qu'à de longs intervalles et sous l'influence de la fatigue.

Il y a deux ans 1/2 la douleur devient plus vive et la force à se faire soigner. Pendant quelque temps les règles reviennent tous les quinze jours et avec abondance. Il y a quatre

mois, le 1^{er} novembre 1890, à la suite d'un travail fatigant, de très violentes douleurs apparaissent brusquement dans le ventre qui se ballonne. La malade est prise de pertes, accompagnée de fièvre et de nausée, sans vomissement. Elle reste dans cet état pendant 12 jours après lesquels cette poussée inflammatoire se calme ensuite peu à peu. La persistance des douleurs conduit la malade à l'hôpital où elle est envoyée par M. Chamberland.

Actuellement la malade ne souffre pas et n'a pas de pertes blanches; les règles ne sont pas revenues depuis quatre mois. L'appétit est un peu conservé; il y a de la constipation. La miction est facile, non douloureuse. Pas de toux. L'auscultation ne révèle rien, ni aux poumons, ni au cœur. La malade est amaigrie. Les urines sont normales.

Par le palper abdominal on sent dans la région hypogastrique une tumeur volumineuse, bosselée remontant à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. Cette tumeur est mobile dans le sens vertical et dans le sens transversal.

Le toucher montre un col utérin assez volumineux, mollasse, irrégulier. L'orifice est petit.

Dans le cul-de-sac antérieur on sent une masse irrégulière qui fait partie du corps utérin; à gauche on perçoit une poche fluctuante en connexion intime avec l'utérus.

Le cul-de-sac postérieur est libre.

Le cul-de-sac latéral droit est occupé par un prolongement de la masse principale.

Par le palper bimanuel, on constate l'existence à gauche d'une masse fluctuante accolée à l'utérus. Sur la paroi antérieure de l'utérus on sent un fibrome pédiculé, mobile, du volume d'une petite mandarine.

A l'hystéromètre, l'utérus mesure 7 centimètres.

Le 9 février 1891, M. Terrillon décide de pratiquer l'hystérectomie vaginale: La malade est endormie et placée dans le décubitus latéral gauche. Les parois vaginales sont écartées par des valves. Une ponction à gauche de l'utérus donne issue à 150 grammes de liquide purulent qui possède une odeur infecte.

Le vagin est incisé circulairement au niveau de son insertion sur le col de l'utérus. Les insertions vaginales sont décollées à l'aide des ciseaux et du doigt. Le col et le corps de l'utérus sont

enlevés par morcellement jusqu'au voisinage du fond de l'organe jusqu'à une hauteur de 8 centimètres.

La poche purulente située à gauche est largement ouverte. Cette poche présente des parois épaisses, friables, recouverte d'une couche caséuse. La plus grande partie est enlevée. Lavage au sublimé et tamponnement iodoformé. Une seule pince est laissée à demeure sur une artère.

L'opération est très bien supportée.

Le 11 février, la malade est prise de fièvre, la température monte à 39° centigrades.

Le tampon vaginal iodoformé est enlevé et l'on pratique six lavages au sublimé par jour. La température tombe immédiatement, l'appétit renaît et l'opérée se trouve tout à fait bien au bout de quelques jours.

La malade sort de l'hôpital guérie le 18 mars 1891.

Le 21 décembre 1891, c'est-à-dire plus de dix mois après l'opération, cette opérée s'est présentée à nous dans le service de M. Terrillon pour des douleurs qu'elle a éprouvées dans le ventre après un surcroît de fatigues. Ces douleurs n'ont duré que deux ou trois jours et sont complètement calmées.

Les règles n'ont pas reparu. Il existe de temps en temps un peu de leucorrhée.

L'état général est excellent.

Par le toucher combiné au palper, on perçoit la présence du moignon utérin qui présente encore le volume d'une mandarine. L'exploration n'est nullement douloureuse. A l'examen, au spéculum, on voit au fond du vagin un orifice qui peut admettre une plume d'oie et qui conduit dans la cavité du moignon utérin.

OBS. XXXIX. — Pyo-salpingite droite. — Hystérectomie vaginale totale. — Poches ouvertes et largement détruits (personnelle).

La nommée R..., femme C..., âgée de 33 ans, profession ménagère, est entrée dans le service de M. Terrillon à la Salpêtrière, le 19 février 1891, salle Lallemand, lit n° 22.

Réglée à 16 ans. Toujours bien réglée. Aucune maladie antérieure. Jamais d'enfant ni de fausse couche. Mariée depuis 9 ans. Début il y a 7 ans par pertes blanches, prurit vulvaire et douleurs dans le bas-ventre. Cependant pas de douleurs à la miction. Métrorrhagies abondantes pendant un an. Depuis a toujours un

peu souffert dans le bas-ventre. En 1889, est traitée pendant un an par l'électricité. Depuis le mois de décembre 1890, les douleurs sont plus vives.

Actuellement, cette malade éprouve dans le bas-ventre des douleurs qui augmentent pendant la miction et la défécation. Les digestions sont pénibles, accompagnées de flatuosités, parfois de vomissements.

Au toucher, on sent un utérus immobilisé, enclavé dans le bassin et refoulé en avant contre le pubis. Dans le cul-de-sac postérieur existe une masse volumineuse, fluctuante, se prolongeant surtout à droite et aplatissant le rectum.

Le 25 février 1891, la malade étant chloroformisée et placée dans le décubitus latéral gauche, les parois vaginales sont vigoureusement écartées à l'aide de valves et le col utérin est saisi avec une pince à griffes. M. Terrillon fait dans le cul-de-sac postérieur deux ponctions avec l'aspirateur Potain, ces ponctions donnent issue à 20 à 30 grammes de liquide citrin. Une troisième ponction donne issue à environ 80 grammes de pus.

L'utérus est enlevé entièrement par morcellement. Un clamp est placé sur chacun des ligaments larges au niveau des cornes utérines. Les poches sont ouvertes et largement détruites. Pas de ligature. Les deux clamps et deux autres pinces sont laissées à demeure. Tamponnement du vagin à la gaze iodoformée. Après l'opération, semi collapsus, refroidissement des extrémités, cyanose, yeux encavés.

Le 26 février, les deux pinces et les deux clamps sont enlevés, on ne touche pas au pansement. La malade est mieux, le pouls s'est relevé et les phénomènes de Shock ont disparu. Une douleur extrêmement violente dans le ventre avec irradiation dans les cuisses persiste depuis l'opération.

Le 27 février, la température monte à 38° centigrâdes. Le tampon vaginal est extrait. Irrigation vaginale au sublimé. Un tampon de gaze iodoformée est maintenu à la vulve.

28 février. — Le ventre est toujours douloureux, mais la douleur est moins vive que les premiers jours et commence à se calmer. On continue les irrigations vaginales au sublimé; le liquide sort toujours un peu coloré par le sang. La température redescend à 37°,2.

Les jours suivants, l'état de l'opérée va toujours s'améliorant :

à part quelques douleurs, état très satisfaisant. On continue les irrigations vaginales au sublimé.

Le 24 mars, tout à coup, élévation de température qui monte à 39°,2 le soir et le lendemain soir 25 mars à 39°,8.

L'exploration du vagin fait découvrir profondément un tampon de gaze iodoformée oublié depuis l'opération. Ce tampon est extrait et ne présente pas néanmoins de mauvaise odeur.

Au dessus de l'arcade crurale gauche apparaît une masse dure, douloureuse, dépassant en dedans la ligne médiane de un centimètre et remontant en haut jusqu'à trois travers de doigt au dessus de l'ombilic.

Le 26 mars, la température est revenue à la normale, la fosse iliaque est toujours occupée par la tumeur qui est devenue plus douloureuse et plus appréciable à la palpation. On continue les injections vaginales fréquentes au sublimé.

Le 27 mars, ponction de cette tumeur au dessus du pubis et sur la ligne médiane, issue de 300 grammes de liquide citrin.

Les jours suivants la tumeur qui s'était affaissée après la ponction, s'est de nouveau légèrement développée, mais pour diminuer graduellement les jours suivants.

Le 12 avril 1891. — La malade sort de l'hôpital.

Elle ne souffre plus, et la tumeur kystique consécutive à l'opération a presque disparu ; néanmoins on sent encore un empâtement profond, surtout bien appréciable par le toucher combiné au palper.

Le fond du vagin est constitué par une cicatrice froncée et donnant au doigt la sensation d'une bourse fermée dont les cordons seraient tirés.

Nous avons eu l'occasion de revoir cette malade dans le service de M. Terrillon le 28 janvier 1892, onze mois après l'opération. La santé générale est excellente.

Cette femme s'étonne de ne plus avoir vu ses règles et nous raconte qu'elle éprouve encore quelques douleurs dans le bas-ventre à l'occasion des fatigues, ou bien encore lorsqu'elle fait un faux pas qui imprime une secousse brusque à sa personne.

Au toucher, on sent une masse cicatricielle au fond du vagin. La palpation de l'abdomen ne révèle rien d'anormal.

OBS. XL. — (Salpingite double). — Hystérectomie vaginale. —
Utérus bicorné (personnelle).

La nommée Louise M..., femme M..., âgée de 28 ans, profession employée, est entrée dans le service de M. Terrillon, à la Salpêtrière, salle Lallemand, lit n° 5, le 14 février 1891.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de la poitrine. Sept frères et sœurs dont cinq sont morts.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure. Réglée à 14 ans. Toujours bien réglée. Les règles durent 10 jours, très abondantes et sans phénomènes douloureux. Mariée à 16 ans.

1° Accouchement il y a 11 ans, sans accident.

2° Fausse couche de deux mois, il y a 9 ans, sans accidents consécutifs.

3° Accouchement il y a huit ans.

Le dixième jour après ce dernier accouchement, frissons violents, fièvres, vomissements, hoquet, ventre très ballonné, très douloureux.

Un mois plus tard, apparition de pertes blanches. La douleur dans le bas-ventre persiste. La même année, elle est traitée une première fois à l'Hôtel-Dieu pour une métrite. L'année suivante, elle entre à l'hôpital de la Charité pour douleurs dans le ventre.

Ensuite elle est restée pendant quatre ans sans souffrir. Depuis trois ans, les douleurs ont reparu de temps en temps. En 1889, à la suite de grandes fatigues (la malade était employée comme bonne dans un des bouillons Duval de l'Exposition), elle est obligée de garder le lit pendant trois semaines.

Le 30 janvier 1891, après ses dernières règles, a été prise tout à coup d'une douleur violente dans le bas-ventre avec fièvre et métrorrhagie qui a duré 12 jours. Elle entre alors à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Peyrot. Elle devait y être opérée quand M. Peyrot a quitté son service, et la malade ne voulant pas être opérée par son remplaçant s'est présentée à la Salpêtrière.

La malade se traîne péniblement pour gagner la salle, souffrant de violentes douleurs dans le ventre.

Le ventre est un peu ballonné, douloureux à la pression. Au dessus de l'arcade crurale droite, on constate un gros plastron abdominal bien caractérisé et remontant assez haut.

Au toucher, l'utérus n'est pas immobilisé, dans le cul-de-sac latéral droit, on sent une grosse masse, du volume d'un œuf de poule, arrondie, rénitente, et bien appréciable par le palper et le toucher combinés.

Du côté gauche, les annexes sont peu volumineuses, mais douloureuses.

Le 20 février. — Le plastron abdominal a presque disparu et les douleurs ont beaucoup diminué. Apparition des règles.

Le 22 février. — Accès de douleur vive dans le bas-ventre.

Le 27 février 1891, M. Terrillon fait l'hystérectomie vaginale. La malade est endormie et couchée sur le côté gauche. Pas de ponction. Ablation de l'utérus en totalité avec une corne qui se détache de l'organe du côté gauche. Utérus bicorne.

A droite, adhérences totales; annexes englobées par une gangue inflammatoire.

Ouverture de plusieurs poches à contenu séreux. Un clamp est appliqué sur chacun des ligaments larges. Trois pinces sont laissées à demeure sur des artères vaginales. Tamponnement à la gaze iodoformée.

L'utérus extrait présente deux cornes utérines d'une hauteur de 5 à 6 centimètres. Les cavités des deux cornes convergent et viennent se réunir au niveau de l'orifice interne du col qui présente une hauteur de 4 centimètres environ.

Après l'opération, la malade étant réveillée se plaint d'une douleur horrible dans le bas-ventre. Elle est pâle, cyanosée, la peau est froide, le pouls filiforme. On ne fait pas d'injection d'éther.

Dans l'après-midi, la réaction se produit, une transpiration abondante apparaît, le pouls s'est relevé. On fait une piqûre de morphine.

Le 28 février. — Ablation des pinces et des clamps. Température le soir : 38°2.

1^{er} mars. — On enlève un tampon de gaze iodoformée, écoulement sanguin léger. Irrigation vaginale avec le sublimé.

Température : matin : 37°,2.

— soir : 37°,8.

Les jours suivants, la douleur va diminuant et la température se maintient à 37°,2 même le soir.

Le 10 mars. — La malade est reprise de fièvre, la température

monte à 38° le soir, le 11 mars, elle s'élève même jusqu'à 38°4, avec rémissions matinales.

Six lavages au sublimé sont prescrits chaque jour. La température se maintient entre 37° et 37°,8.

Le 20 mars, l'exploration vaginale permet de constater la présence d'un tampon de gaze iodoformée oublié depuis l'opération.

Ce tampon est retiré et présente une mauvaise odeur.

La malade souffre toujours du côté droit, le ventre est cependant souple. La douleur la prive de sommeil.

22 mars. — La malade se lève pour la première fois.

23 mars. — Pendant la station debout, il sort tout à coup par le vagin une masse paraissant formée par des caillots, présentant une odeur infecte et une couleur chocolat.

Depuis, la malade est très soulagée, plus de douleurs dans le ventre, et une grosseur que la malade prétendait avoir senti depuis deux jours dans le côté droit, a disparu.

24 mars. — La nuit a été très bonne pour la première fois depuis l'opération.

Au toucher, on sent au fond du vagin un petit diverticule dans lequel on ne peut introduire le doigt. Il existe encore de petits élancements douloureux.

25 mars. — Nouvelle expulsion d'un liquide couleur chocolat et d'odeur fétide.

31 mars. — La malade sort de l'hôpital en très bon état. Au fond du vagin, on sent une cicatrice froncée et au centre un petit diverticule dans lequel le doigt ne peut pénétrer. A droite, masse fibreuse cicatricielle dure.

20 avril 1891. — La malade de retour de la campagne est venue nous voir dans le service. Santé excellente, aucune douleur, la malade est très joyeuse.

Au mois de juillet 1891, nous avons revu cette malade dans l'exercice de ses fonctions de bonne dans un établissement de bouillon. Elle nous a dit se porter très bien et accomplir facilement son travail très pénible.

En septembre 1892, dix-neuf mois après l'opération, nous avons encore revu cette malade. Sa santé est excellente, mais elle a considérablement engraisé. Elle continue avec facilité à exercer sa profession,

La malade nous a avoué que les fonctions génitales étaient surexcitées et les sensations beaucoup plus vives qu'autrefois même avant sa maladie, phénomène dont elle se trouve très satisfaite.

OBS. XLI. — Pyo-salpinx double. — Opération de Péan (personnelle).

La nommée Justine G..., femme V..., âgée de 34 ans, profession ménagère. Entrée le 6 mars 1891 dans le service de M. Terrillon, salle Lallemand, lit n. 6, à la Salpêtrière.

N'a jamais été malade. Réglée à 13 ans. Toujours bien réglée. Les règles durent 2 ou 3 jours, non douloureuses, peu abondantes. Mariée à 32 ans. Accouchement le 18 septembre 1890. Enfant à terme, mais mort.

Le troisième jour après l'accouchement, accidents de pelvi-péritonite, fièvre violente, quelques vomissements. Pendant 28 jours diarrhée excessivement tenace.

Elle entre ensuite à l'hôpital Beaujon et M. Bazy lui fait un curettage.

Pertes blanches abondantes qui ont alors été arrêtées. Le 14 février, les règles sont revenues. Elles ont duré 6 jours et ont été douloureuses.

Actuellement, la malade souffre continuellement dans le bas-ventre et des deux côtés avec irradiations dans les reins, le rectum et la cuisse droite.

Pas de douleur à la miction ; après son accouchement elle avait souffert en urinant. Urines normales. Constipation. Amaigrissement prononcé.

Le ventre est souple, non ballonné ; par la palpation on sent, dans la fosse iliaque droite et s'étendant jusqu'au-delà de la ligne médiane, une tumeur profonde, douloureuse et remontant à cinq centimètres au-dessus de l'arcade de Fallope.

Au toucher, col utérin dans sa situation normale, entr'ouvert et admettant facilement la phalange de l'index. Utérus immobilisé. Sur les parties latérales, à droite, tumeur volumineuse, résistante, du volume des deux poings ; à gauche autre tumeur formée par les annexes, mais moitié moins volumineuse et occupant le cul-de-sac de Douglas.

Le 11 mars 1891, opération de Péan exécutée par M. Terrillon.

La malade est endormie et placée dans le décubitus latéral gauche. La tumeur est ponctionnée par le vagin à l'aide du trocart de l'aspirateur ; il sort quelques grammes de pus. L'abcès présente des parois dures et épaisses.

Ablation de l'utérus par morcellement, sauf le fond. Le tissu utérin présente une consistance molle, et les tractions exercées sur les pinces à l'aide desquelles le tissu est saisi, entraînant la déchirure de lambeaux de tissus, ce qui rend l'opération très difficile. L'hémorrhagie est abondante et vient encore augmenter les difficultés opératoires. Le péritoine est ouvert en arrière. La plus grande partie de l'utérus est extraite par morcellement et il ne reste plus qu'une coque formée par le fond de l'organe.

L'opération terminée, nous apercevons au fond du vagin une vaste cavité saignante et très déchiquetée. Deux pinces sont laissées en place pendant 24 heures sur des artères vaginales. Aucune pince n'est appliquée sur les ligaments larges.

Pansement avec la gaze iodoformée.

Après l'opération, état de collapsus, refroidissement des extrémités, sueurs froides abondantes, pouls filiforme, douleur vive dans le ventre. Injections d'éther.

Le 12 mars. — Les deux pinces laissées à demeure sont retirées.

T. matin 37,2 soir 38°,5.

Le 13 mars. — Douleurs violentes irradiées dans les cuisses.

T. matin 37°,4 ; soir 38°3.

Les tampons de gaze iodoformée sont enlevés et quatre injections vaginales au sublimé sont prescrites.

Jusqu'au 19 mars, la température se maintient entre 37° et 37°,8

Le 20 mars. — La température monte le soir à 40°,2.

Le toucher vaginal fait découvrir un tampon de gaze iodoformée oublié au fond du vagin depuis l'opération. Ce tampon est extrait et les irrigations vaginales au sublimé continuées.

Le 21 mars 1891, la température tombe le matin à 38°, et le soir 38°6.

Le 22 mars. — La température retombe à 37°.

Depuis aucun accident et la malade sort guérie le 15 avril 1891 pour aller au Vésinet.

Au toucher on sent l'extrémité supérieure du vagin rétrécie et

froncée. A travers cet isthme rétréci on peut passer le doigt qui s'engage ensuite dans une arrière-cavité assez spacieuse. La tumeur abdominale a disparu et la malade ne souffre plus.

En juillet 1892, nous avons eu l'occasion de revoir cette opérée. Elle ne souffre plus excepté lorsqu'elle est fatiguée. Les règles ont persisté régulièrement grâce à la persistance d'un moi-gnon utérin.

OBS. XLII. — Vaste hémato-salpinx droit. Laparatomie. — Ablation du kyste. Persistance de la cavité hématique et fistuleuse, s'ouvrant dans le vagin. Hystérectomie vaginale par la méthode de Péan trois ans après la laparotomie.

Malade de l'observation IX, du livre de M. Terrillon (Salpingites et ovarites), Octave Doin, 1891.

M. L..., opérée en ville par M. Terrillon (adressée par M. le Dr de Grissac).

M^{me} L..., âgée de 32 ans, n'a pas eu d'enfants. La maladie remonte à huit ans sans cause appréciable. On pensa pendant plusieurs années qu'il s'agissait d'un phlegmon du ligament large droit, à cause des douleurs et de la masse qui existaient de ce côté.

Quand je la vis pour la première fois en 1885, je trouvai du côté droit du bassin une masse fluctuante, profonde, occupant la place des annexes. Une première ponction à travers la paroi abdominale donna 450 grammes de sang noir. La malade fut aussitôt soulagée.

Mais à l'époque suivante de ses règles les douleurs reparurent, la poche se remplit de nouveau. Je fis successivement six ponctions à des intervalles variables donnant chacune de 200 à 400 grammes de sang ; chaque fois la poche se remplissait au moment des règles. Enfin je me décidai à faire une opération radicale.

Opération le 4 novembre 1887. — Ablation difficile d'une trompe très épaisse, remplie de sang et d'hématine, occupant le côté droit avec ovaires atrophiés. Un drainage fut institué pendant 24 heures. Les organes du côté gauche, malades également, ne purent être enlevés à cause des adhérences avec l'intestin.

La guérison de l'opération fut rapide, mais la malade souffre

encore du côté gauche, qui a donné plusieurs fois des abcès s'ouvrant dans le rectum.

La pièce a été présentée avec figures à l'Académie de médecine par M. le professeur Cornil, 6 septembre 1887.

A la suite de cette opération, il s'est produit derrière l'utérus une tumeur hématique qui se remplissait tous les soirs à l'époque correspondante des règles. M. Terrillon a ponctionné cette poche cinq ou six fois et en a extrait chaque fois 150 à 200 grammes de sang noir. Finalement il était resté une fistule intarissable.

Le 8 avril 1891, M. Terrillon s'est décidé à pratiquer chez cette malade l'opération de Péan. Il a enlevé l'utérus par morcellement et a ouvert une cavité spacieuse munie d'un orifice du côté du cul-de-sac vaginal. Dans cette cavité se déposait du sang et des amas de fibrine qui étaient rendus à chaque époque menstruelle avec des douleurs violentes. Cette poche, qui fut largement ouverte, était limitée par un tissu de sclérose extrêmement dense et rigide. Tout l'utérus lui-même était entouré par un tissu sclérose et dur. Cinq pinces ont été laissées à demeure.

Depuis la malade ne souffre plus. Guérison.

OBS. XLIII. — (M. Terrillon. Pyo-salpingite double).

Madame M., demeurant à Passy, opérée le 25 mai 1891 par M. Terrillon.

Est âgée de 34 ans. N'a pas eu d'enfant. Règles douloureuses accompagnées de pertes. Début de la maladie il y a neuf ans. A eu de nombreux abcès ouverts dans le vagin. Accès de fièvre depuis quelque temps.

Opération le 25 mai 1891. Utérus est enlevé en quatre morceaux. De *vastes abcès sont ouverts* et drainés. Ecoulement d'une *grande quantité de pus*.

Les suites opératoires furent très heureuses, pas d'accidents, Disparition de la fièvre et des douleurs. Guérison.

OBS. XLIV. — Double hydro-salpingite avec poche énorme. — Hystérectomie vaginale (M. Baudet).

La nommée J. T..., femme C..., âgée de 41 ans, profession concierge, entrée le 26 mai 1891. Petite salle Lallemand, lit n° 6, à la Salpêtrière. Service de M. Terrillon.

Antécédents personnels. — Aucune maladie antérieure. Réglée à 11 ans, toujours régulièrement. Les règles duraient 5 à 6 jours, abondantes, sans caillots, ni coliques.

A eu quatre enfants, pas de fausse couche. Le premier accouchement s'est passé il y a 13 ans, le dernier il y a 5 ans 1/2.

Une hémorrhagie s'est produite trois ou quatre heures avant ce dernier accouchement. La grossesse était de 7 mois.

Trois jours après, elle a été prise de frissons, de fièvre et ballonnement du ventre, sans vomissements. La malade s'était promptement remise et était restée bien portante jusqu'à ces derniers temps. Jamais de pertes blanches. Vers la fin du mois de janvier, au moment de ses règles, la malade fut prise de coliques comme si elle accouchait, en même temps elle rendit des caillots.

Depuis ce temps, tous les 15 jours, elle perd du sang pendant 4 à 6 jours, très abondamment, avec de fortes coliques comme pour accoucher. Dans l'intervalle de ces pertes, douleurs continues, lancinantes, siégeant dans l'hypogastre avec irradiation dans les cuisses.

Rien du côté de la miction. Envies fréquentes d'aller à la garde-robe. Défécation très douloureuse. Constipation. Amaigrissement, anorexie complète. Urines normales.

L'utérus est dans sa direction normale, il est gros, son fond dépasse la symphyse pubienne. Peu mobile. De chaque côté, dans les culs-de-sac latéraux, on perçoit une grosse tumeur tendue, rénitente, accolée à l'utérus et douloureuse.

M. Terrillon pratique l'hystérectomie vaginale le 1^{er} juin 1891. La femme est placée dans le décubitus dorsal. Incision circulaire du vagin au niveau de son insertion sur le col. L'utérus est enlevé par morcellement en trois morceaux et en totalité. En arrivant sur le ligament large, une première poche est crevée du côté gauche; il s'en écoule un liquide séreux. Cette poche est enlevée presque en totalité, à l'aide de tractions pratiquées sur ses parois. A droite une deuxième poche est ouverte; il s'en écoule un liquide également séreux; mais l'ablation totale n'en peut être faite. Au cours de l'opération, très peu d'hémorrhagie. Six pinces sont laissées à demeure.

L'intestin grêle vient vers la fin de l'opération faire hernie dans le vagin, il est repoussé et maintenu avec des éponges.

Le deuxième jour après l'opération, un peu d'infection. Les pincés sont enlevées. Irrigations fréquentes.

Sort guérie le 29 juin 1891.

OBS. XLV. — Salpingite hypertrophique. — Hystérectomie vaginale.

La nommée D... Juliette, femme R..., âgée de 29 ans, sans profession, est entrée le 28 mai 1891 à la Salpêtrière, salle Lallemand, lit n° 11. Service de M. Terrillon.

Antécédents personnels. — Rougeole et coqueluche dans l'enfance. Réglée à 13 ans, toujours régulièrement. Les règles duraient 4 jours avec abondance moyenne et de légères coliques.

Pas d'enfant ni fausse couche. Pas de pertes blanches. Jamais de douleur à la miction.

Il y a 9 mois, sans raison apparente elle a été prise brusquement de douleurs intenses dans le côté droit du bas-ventre avec irradiation dans la hanche et la cuisse. Quinze jours après apparaissent les règles beaucoup plus abondantes que d'habitude. L'écoulement sanguin dure quinze jours et la malade est obligée de garder le lit.

Pendant 2 mois $1/2$ elle a des douleurs atroces dans le bas-ventre, douleurs nécessitant des piqûres de morphine. Pendant ce temps, la malade a eu quelques vomissements. La température pendant trois semaines est restée élevée et est même montée jusqu'à 40°. Après ce temps, les accidents de péritonite se sont apaisés ; mais à la moindre fatigue la fièvre reparait.

Depuis le mois de janvier, les douleurs se sont calmées ; la malade a néanmoins gardé le lit pendant six mois.

Actuellement, la malade a eu ses règles deux fois dans le même mois. Elles ont duré trois jours chaque fois et ont été peu douloureuses. La douleur n'existe guère plus dans l'hypogastre. La pression seule la réveille. La miction et la défécation sont normales, la malade n'est pas amaigrie.

Au palper, on trouve à gauche une grosse masse dure et douloureuse, à droite, on obtient de la douleur à la pression. Au toucher, le col est normal, l'utérus peu volumineux. Les annexes gauches sont très volumineuses, très tendues.

Les annexes droites sont grosses également, mais moins douloureuses.

M. Terrillon fait l'hystérectomie vaginale le 5 juin 1891. La malade est placée dans le décubitus dorsal. L'extraction de l'utérus est très pénible, l'hémorrhagie est abondante, l'utérus est enlevé en cinq morceaux.

A cause de sa friabilité, le moignon utérin échappe à la pince qui le saisissait, et il est difficile de le retrouver. Les morceaux utérins sont fibromateux, quelques-uns ont une forme sphérique et sont entièrement constitués par du tissu fibreux.

Le fond de l'utérus enlevé dans le cinquième morcellement, présente quatre ou cinq petits fibromes sous-péritonéaux qui lui sont appendus.

De chaque côté, la trompe hypertrophiée et malade est sectionnée, sans que l'on puisse faire l'extirpation d'aucune annexe.

Cette malade a supporté son opération avec une très grande facilité. Le lendemain elle n'avait aucune douleur et ne paraissait pas avoir été opérée. La guérison s'est effectuée sans aucun accident, et la malade est sortie en parfait état le 21 juin 1891, c'est-à-dire 16 jours après l'opération.

OBS. XLVI. — (M. Terrillon). Pyo-salpingite droite. Hydro-salpingite gauche.

M^{me} A..., âgée de 23 ans, de Bucharest, opérée en ville le 11 juin 1891 par M. Terrillon.

N'a pas eu d'enfants. Métrorrhagies. Début depuis 3 ans.

Accidents antérieurs. — Pelvi-péritonite. *Abcès à répétition* rectal.

Particularités opératoires. — Ablation par morcellement de l'utérus, adhérences à droite.

Ouverture d'abcès et poches kystiques.

A gauche, après ablation de l'utérus, apparaît un kyste qui est ponctionné et donne 150 grammes de liquide. Ablation de cette poche kystique. Guérison.

OBS. XLVII. — (M. Terrillon). Pyo-salpingite droite. Hystérectomie vaginale.

M^{me} B..., âgée de 32 ans, opérée en ville par M. Terrillon le 11 juin 1891.

Antécédents personnels. — A eu un enfant il y a vingt mois.

Début de la maladie à l'âge de 20 ans.

Accidents antérieurs. — En décembre 1890, accidents de pelvi-péritonite et abcès.

Particularités opératoires. — Ablation de l'utérus par morcellement. Deux fibromes interstitiels.

Poche purulente à droite ouverte et lavée. —

Du côté gauche, rien.

Accidents consécutifs. — Un peu de rétention au début. Guérison.

OBS. XLVIII. — Salpingite gauche. Laparotomie exploratrice, Adhérences intestinales telles que l'ablation est impossible
Opération de Péan. Guérison.

La nommée Marie P..., âgée de 22 ans. Entrée le 23 mai 1891, salle Lallemand, lit n° 7. A la Salpêtrière, service de M. Terrillon.

Règles régulières, abondantes, durée huit jours.

Pas d'enfants. Début de la maladie : 2 mois 1/2. Urines normales.

Accidents antérieurs. — Douleurs dans le côté gauche du bas-ventre. Pas de ponction.

Diagnostic probable. — Salpingite adhérente à la paroi abdominale.

Laparotomie le 14 juin 1891.

Annexes gauches tellement adhérentes à la paroi abdominale et englobées par des anses intestinales qu'il est impossible de les enlever.

A droite, annexes englobées par les anses intestinales.

La laparotomie n'ayant donné aucun résultat et la malade continuant à souffrir est opérée suivant la méthode de Péan le 26 juin suivant.

Opération. — Malade placée dans le décubitus dorsal. Vagin dilaté par les écarteurs.

Ablation par morcellement d'un utérus friable parsemé de points jaunes d'apparence tuberculeuse.

Du côté gauche, ablation avec la corne utérine des annexes gros et malades.

A droite, ablation séparée de l'ovaire et de la trompe adhérent à l'utérus.

Une seule pince est laissée à demeure.

Accidents consécutifs. — Fistule intestino-rectale. Issue de matières fécales non liées pendant une quinzaine de jours. La fistule se ferme d'elle-même. Guérison.

Sort de l'hôpital le 30 juillet 1891.

OBS. XLIX (M. Chaput). — Hémato-salpinx énorme. — Incision exploratrice. — Opération de Péan. Débridement de la vulve.

La nommée Elisa D..., femme P..., âgée de 27 ans, profession couturière. Entrée le 13 juillet 1891, salle Lallemand, lit n. 7.

Antécédents héréditaires. — Père mort paralysé. Mère morte après amputation de jambe pour tumeur blanche de genou.

Antécédents personnels. — Il y a un an, fièvre typhoïde qui a duré deux mois. Réglée à 11 ans 1/2. Il y a 11 ans, a eu un enfant mort à l'âge de 4 mois. Règles duraient deux jours, non douloureuses. L'accouchement s'est bien passé, pas de perte blanche à la suite. Elle est restée bien portante jusqu'à sa fièvre typhoïde. Quatre mois après la guérison de sa fièvre typhoïde, il y a huit mois environ, la malade a eu ses règles qui ont duré cinq semaines : les pertes ont été très abondantes, presque indolentes. Le mois précédent, la malade affirme avoir eu ses règles.

Elle est alors entrée salle Lallemand, où elle est restée quinze jours ; les pertes se sont arrêtées ; on lui proposa une opération qui ne fut pas acceptée. Revenue chez elle, elle est restée quatre mois très bien portante.

Depuis 2 mois 1/2, elle a ses règles très abondantes et continues ; les premiers jours, elle a souffert beaucoup, actuellement elle ne souffre plus. La miction est facile, les urines sont normales. La malade ne tousse pas et n'a pas maigri.

Au toucher, le col utérin est rapproché de la vulve, porté à droite et en avant. Le fond de l'utérus est gros, arrondi, rétrofléchi et porté en arrière et à gauche.

Au-dessus de lui et du côté gauche, existe une masse volumineuse, dure, irrégulière, non fluctuante, douloureuse, remontant à 7 ou 8 travers de doigt au-dessus du pubis ; venant faire saillie vers l'abdomen. Les mouvements qu'on lui imprime se communiquent mal à l'utérus.

Opération faite le 21 juillet par M. le Dr Chaput.

Laparotomie exploratrice d'abord. M. Chaput trouve une grosse

tumeur kystique, adhérente au bassin, au rectum, à l'utérus. Séance tenante, il fait l'opération de Péan.

Débridement de la vulve à gauche. Pincement préventif des ligaments larges et hystérectomie par morcellement. Deux étages de pinces sur les ligaments larges. On ouvre à gauche une poche énorme remplie de caillots anciens. Une seconde poche énorme à parois épaisses est superposée à la première. Arrachement d'une grande partie des parois de ces poches. Grand diverticule à droite. Lavage au sublimé. Tamponnement iodoformé. Suture de la vulve.

La hauteur de l'utérus était de 10 à 12 centimètres. La paroi de la poche très irrégulière ressemble à la paroi interne du cœur. Des caillots anciens lui sont intimement adhérents.

Cette malade a été revue le 4 novembre 1891. Son état est parfait. Elle n'a pas eu ses règles et est enchantée de sa bonne santé. Pas de pertes blanches.

OBS. L. (M. Chaput). — Salpingite double. — Opération de Péan. — Débridement de la vulve.

La nommée Henriette R..., femme S..., âgée de 38 ans, profession ménagère. Entrée le 16 juillet 1891, salle Lallemand, lit n° 2.

Antécédents pathologiques héréditaires nuls.

Antécédents personnels. — Jamais aucune maladie. Réglée à 14 ans toujours régulièrement.

Durée des règles trois jours, non douloureuses. Un enfant. Pas de fausse couche.

Accouchement il y a 9 ans et demi. Accouchement très difficile. A la suite, fièvre et frissons, douleur dans le bas-ventre, surtout du côté gauche. Pendant un an est restée presque constamment au lit.

Plus tard, ne souffre plus que par intervalle et au moment de règles. Celles-ci étaient à peu près régulières.

Depuis trois mois, la malade a recommencé à souffrir constamment. Douleurs irradiées dans les reins et les cuisses, diminuant pendant les époques menstruelles. Les règles ont augmenté d'abondance et de durée, durant 8 jours au lieu de 3.

Quelques écoulements blanchâtres, peu épais, n'empesant pas le linge et disparaissant après quelques injections.

Les dernières règles, il y a trois semaines, n'ont pas été douloureuses.

Urines normales. Constipation.

Rien aux poumons ni au cœur.

Au toucher : utérus en rétroversion, col porté un peu à gauche.

Annexes gauches. — Peu grosses mais douloureuses à la pression.

Annexes droites. — Ont le même volume.

Hystérectomie vaginale faite par M. Chaput, le 25 juillet 1891.

Débridement de la vulve à gauche.

Ablation de l'utérus par morcellement.

Un étage de pinces sur les ligaments larges. Plusieurs pinces sur les pédicules du fond. Secondairement, extirpation des annexes gauches en totalité.

A gauche : trompe comme l'index *remplie de pus*. Ovaire clérosé.

A droite : kyste séreux comme une noix au niveau du pavillon. Salpingo-ovarite. Trompe comme un gros porte-plume.

Ligature des pédicules à la soie. Ablation de toutes les pinces.

Suture de la vulve. Opium pendant 8 jours.

Accidents consécutifs nuls. Guérison.

Sortie le 24 août 1891.

OBS. LI. — M. Chaput. — Hydro-salpinx gauche. — Fibrômes utérins Incision exploratrice. — Opération de Péan. — Débridement vulvaire double.

La nommée Marie L..., âgée de 42 ans, profession domestique. Entrée le 18 juillet 1891, salle Lallemand, lit n. 11.

Antécédents personnels. — Rhumatisme articulaire aigu à 20 ans, compliqué de congestion pulmonaire.

Réglée à 10 ans ; toujours bien réglée depuis.

Règles duraient quatre à cinq jours, mais très abondantes, sans coliques.

Un enfant qui aurait 23 ans.

Jamais de leucorrhée.

Il y a deux ans, la malade ressentit pour la première fois, a

l'occasion de ses règles de vives douleurs dans le bas-ventre, du côté gauche. Depuis, ces douleurs se sont toujours montrées à l'occasion des règles, quelquefois après.

Les règles ont progressivement augmenté de durée. Depuis les trois derniers mois, la malade est continuellement dans le sang.

Elle ne souffre qu'au moment des règles et non dans l'intervalle. Ces douleurs s'irradient dans les reins et n'ont aucun caractère expulsif.

Elle a beaucoup maigri, a perdu 16 kilogrammes depuis trois mois.

Ne tousse pas, rien aux poumons ni au cœur. Urines normales.

A la palpation, tumeur irrégulière dans le bas-ventre.

Au toucher, col rapproché de la vulve.

Utérus en rétro-version.

On sent dans le cul-de-sac gauche une tumeur volumineuse, occupant le flanc gauche, remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, immobile, fluctuante, accolée à l'utérus.

Elle paraît néanmoins en être indépendante, car les mouvements que l'on cherche à imprimer réciproquement au col utérin et à la tumeur ne se transmettent pas.

L'utérus est du reste immobile et enclavé.

Opération le 14 août 1891 par M. le D^r Chaput.

Laparotomie exploratrice d'abord, permettant de constater à gauche une poche irrégulière, à parois épaisses, absolument fusionnée avec le bassin et contenant un liquide séreux.

Le ventre est refermé, et M. Chaput procède immédiatement à l'opération de Péan.

Double débridement vulvaire. L'utérus s'abaisse difficilement, la traction exercée sur l'organe attire le corps de la malade tout entier plutôt que de le faire descendre. Hémorrhagie.

Extraction de l'utérus par morcellement.

La poche difficilement accessible est crevée.

Pinces à demeure.

Tamponnement profond au salol, superficiel à l'iodoforme.

Suture de la vulve.

La poche extraite contenait du liquide séreux. L'utérus est fibromateux.

Accidents consécutifs. Légère hémorrhagie dans l'après-midi.
Sort guérie le 13 septembre 1891.

OBS. LII (M. Chaput). — Salpingite double. — Ovaires scléro-kystiques. — Opération de Péan. — Débridement de la vulve.

La nommée Elisa R..., femme T..., âgée de 26 ans, profession cuisinière.

Entrée le 12 août 1891, salle Lallemand, lit n° 20.

Antécédents personnels. — Fièvre intermittente à 15 ans : ont duré 3 mois et depuis n'ont plus reparu.

Réglée à 15 ans, très régulièrement, mais règles affectant un caractère hémorrhagique depuis l'âge de 18 ans. A l'âge de 12 ans, a été blessée par un taureau : fracture de côtes, luxation de l'épaule et immédiatement phénomènes péritonéaux avec ascite.

Ces accidents ont duré quatre mois environ.

Pas d'enfant, pas de fausse couche.

A 19 ans, pertes blanches, jaunâtres, qui ont persisté. Pas de douleur à la miction.

Les règles étaient et sont restées très abondantes, non douloureuses. Dans l'intervalle coliques intestinales, pertes blanches persistantes.

Le 17 octobre 1890. — Curettage et amputation du col.

En janvier 1890. — Abscess qui est ouvert par le vagin. Il s'est écoulé 3/4 de litre de pus.

L'abcès est resté fistuleux jusqu'au mois de mai, donnant un 1/2 verre de pus par jour.

Depuis l'ouverture de cet abcès, les douleurs avaient cessé, mais ont reparu au mois d'avril, notamment dans le côté gauche, avec irradiation dans la cuisse gauche.

Après cette dernière opération, les règles ont disparu pendant deux mois, puis elles sont revenues jusqu'au 6 août ne durant qu'un jour seulement.

L'appétit est bon : les digestions se font bien. Grande constipation.

Miction facile sans douleur.

Pas d'amaigrissement.

Rien d'anormal, ni aux poumons, ni au cœur.

La palpation abdominale ne révèle rien. Par le toucher et le palper combinés, on constate que l'utérus est peu volumineux et assez mobile.

Le toucher fait bien percevoir les modifications du col produites par l'amputation suivant le procédé de Schröder.

Le cul-de-sac droit est libre. Les annexes ont le volume du pouce et roulent sous le doigt.

A gauche et vers le rectum existe une masse dépressible qui remonte assez haut dans le bassin : saisie entre les deux mains, elle paraît irrégulière et est immobilisée. Pas de fluctuation. Son volume est celui d'un gros œuf de poule.

Opération de Péan le 22 août 1891 par M. Chaput.

Double débridement vulvaire. Pincés placées au préalable sur les ligaments larges. Utérus enlevé par morcellement. Annexes gauches enlevées. Une poche séreuse est crevée au cours de l'extirpation.

Extirpation des annexes droites. Des ligatures sont mises sur les pédicules des annexes et sur les ligaments larges. On ne laisse pas de pincés à demeure.

L'utérus extrait est gros.

Les annexes gauches présentent une poche salpingienne avec liquide séreux du volume d'un œuf de poule.

L'ovaire est gros, polikystique et scléreux.

L'ovaire droit est moins gros, il contient des kystes séreux et hématiques.

Les 23 et 24 août. — Vomissements, délire, pouls à 150, accidents, attribués à l'empoisonnement par l'iodoforme.

Ablation des mèches de gaze iodoformée. Pansement au dermatol. Pilocarpine, lait, purgatif.

Le 25 août. — Suppuration de la plaie vulvaire. Les sutures sont enlevées au quinzième jour.

Douleurs vésicales et rénales.

Lavages de la vessie avec une solution de nitrate d'argent au 1/1000.

Obs. LIII (M. Chaput). — Salpingite double suppurée avec hydrosalpinx. — Laparotomie exploratrice. Opération de Péan. — Débridement vulvaire à gauche.

La nommée N..., femme L..., âgée de 37 ans, profession

domestique. Entrée le 6 août 1892, petite salle Lallemand, lit n° 6, à la Salpêtrière.

Il y a 3 ans, fièvre scarlatine, compliquée d'anasarque, de douleurs articulaires et de pleurésie droite. Pendant la convalescence, variole sans complication.

Réglée à 14 ans, l'a toujours été régulièrement. Pas d'enfant.

Il y a 14 ans, fausse couche de 4 mois. A la suite, elle est prise de douleurs dans le ventre et de fièvre violente. Elle reste trois mois à l'hôpital Lariboisière où elle est traitée par des vésicatoires, des cataplasmes, des purgatifs.

Le médecin diagnostique : hématocele.

Depuis a toujours souffert dans le ventre. Douleurs excessivement violentes au moment des règles, s'accompagnant même de vomissements.

Les règles n'étaient cependant pas modifiées, mais dans l'intervalle, elle ressentait continuellement une sensation pénible de pesanteur dans le ventre.

Il y a 7 ans, le Dr Vincent lui enlève un polype. A la suite, la pesanteur hypogastrique disparaît ; mais les douleurs pendant les règles persistent avec autant d'intensité.

Depuis 3 mois, des signes nouveaux sont venus s'ajouter. Les règles jusque-là régulières ne le sont plus. Elles reparaissent deux et trois fois dans le même mois, sont excessivement douloureuses et s'accompagnent de vomissements. Dans l'intervalle, les douleurs qu'elle avait autrefois sont revenues avec une grande intensité. Amaigrissement. Pas de constipation. Miction facile.

Etat actuel. — Circonférence abdominale, 58 centimètres. Le palper abdominal ne donne que des renseignements incertains à cause de la tension de l'abdomen ; cependant on sent une tumeur un peu dure dans le côté gauche. Le toucher montre le col hypertrophié, rapproché de la vulve et dirigé à gauche. Le fond de l'utérus est renversé en rétroflexion.

Dans le cul-de-sac gauche, tuméfaction déjà perçue par le palper.

Le toucher rectal montre au-dessus du corps utérin rétrofléchi, une masse dure arrondie, du volume du poing, et se continuant dans la tuméfaction abdominale.

Opération le 1^{er} septembre 1891 par M. Chaput.

D'abord incision exploratrice montrant que le diagnostic porté

de fibrome est faux, on trouve un énorme hydrosalpinx sessile avec masses dures collées à l'utérus et remontant jusqu'à l'ombilic. Cette masse adhère au bassin du côté gauche. L'utérus est flanqué de masses dures non énucléables. Le ventre est refermé.

Séance tenante, M. le Dr Chaput fait l'opération de Péan.

Débridement de la vulve à gauche.

Ablation en trois fragments d'un utérus de 10 centimètres contenant de petits fibromes interstitiels.

Trois étages de pinces sur les ligaments larges.

Ensuite extraction pénible des annexes droites *remplies de pus*. La poche purulente du volume d'un œuf, se crève au fond du vagin.

A gauche, annexes énormes remplies de pus. La poche hydro-salpingienne est amenée.

Presque toutes les pinces sont remplacées par des ligatures.

A la fin de l'opération, M. Chaput est obligé de replacer quatre pinces qui sont laissées à demeure.

Une mèche de gaze iodoformée est introduite dans le vagin, puis enfoncée et peu tassée.

Suture de la vulve à l'aide de crins de Florence et fils d'argent
Sort guérie le 30 septembre 1891.

OBS. LIV (M. Chaput). — Salpingite double. — Opération de Péan. — Débridement vulvaire. — Reins altérés. — Mort.

La nommée H..., Berthe, âgée de 24 ans, profession couturière, entrée le 1^{er} septembre 1891, salle Lallemand, lit n. 19, à la Salpêtrière, service de M. Terrillon.

N'a jamais été malade. Réglée à 15 ans, régulièrement. Règles toujours douloureuses.

En février 1889, douleurs expulsives et pertes très abondantes. Depuis, souffre toujours un peu dans le ventre.

Il y a un an en août 1890, pertes blanches plus abondantes, douleur très vive à la miction.

Actuellement règles douloureuses avec irradiations dans les cuisses, surtout la cuisse droite et dans les reins. Pas de constipation, mais quelques douleurs à la défécation. Plus de douleurs à la miction.

A la palpation, on sent une masse dure volumineuse, mobile dans la fosse iliaque droite. De même à gauche.

Au toucher. Utérus petit, mobile.

Salpingite volumineuse dans le cul-de-sac droit, facilement perceptible par l'exploration bimanuelle.

Salpingite peu douloureuse du côté gauche.

Urines normales, pas d'albumine.

Opération de Péan le 10 septembre 1891.

Débridement de la vulve à gauche.

Ablation de 4 centimètres du col de l'utérus.

Section médiane et verticale du corps, traction sur les deux fragments et ablation des trompes et des ovaires, volumineux des deux côtés. Ligature sur toutes les pincés.

Pansement iodoformé. Suture de la vulve.

Accidents consécutifs. — Le 11 septembre, pouls à 120. Temp. normale.

Lavage au sublimé. Iodoforme dans le vagin seulement.

Le 12 septembre. Temp. = 38° centigrades.

Mort.

Autopsie. — Le rein droit pèse 110 gr.

Le gauche 80 gr.

ils sont parsemés de tubercules jaunes. Quelques tubercules au sommet des poumons.

L'examen histologique a été pratiqué par M. Pilliet. Des lésions tuberculeuses manifestes dans le tissu rénal.

CONCLUSIONS

1° Le cathétérisme de la trompe n'a aucune valeur dans le traitement du pyosalpinx.

2° La dilatation et le curettage de l'utérus sont impuissants à amener l'évacuation des pyosalpinx enkystés.

Ce traitement peut être dangereux.

3° Le traitement électrique n'est pas rationnel et peut également être dangereux.

4° La ponction aspiratrice peut être utile surtout au point de vue du diagnostic. Au point de vue thérapeutique, elle n'offre que de très rares chances de guérison.

5° Le débridement vaginal ne doit être appliqué qu'aux abcès très superficiels.

Il offre des chances de guérison incertaines dans la moitié des cas.

6° L'incision rectale doit être absolument proscrite.

7° L'incision à la paroi abdominale ne convient qu'aux cas où l'abcès est en contact intime avec la paroi.

8° L'incision en deux temps de Hégar doit être abandonnée.

9° La laparotomie sous-péritonéale est très rarement indiquée.

Elle ne convient qu'en cas d'état général grave et de circonstances locales spéciales.

10° L'élytrotomie ou laparotomie vaginale (opération de Picqué), ne convient qu'aux lésions très petites. Sa valeur en tant qu'opération exploratrice est relative.

11° La voie sacro-coccygienne doit être rejetée en raison des délabrements énormes qu'elle exige.

12° La périnéotomie ne convient que dans les cas où le

septum vagino-rectal aurait été préalablement dédoublé par une collection hématique ou purulente.

13° La laparotomie transpéritonéale ou opération de L. Tait prime toutes les autres interventions par sa valeur thérapeutique et exploratrice.

Elle triomphe avec certitude de toutes les lésions enkystées et énucléables. Rarement impuissante, ses dangers sont minimes

14° L'amputation supra-vaginale de l'utérus convient dans les cas d'adhérences de l'abcès à l'utérus et d'altération de cet organe.

15° L'hystérotomie vaginale de Péan n'est pas un rival de la laparotomie.

16° Elle n'est indiquée que dans les cas de lésions complexes, bilatérales, toutes les fois que la laparotomie a été impuissante et quand il existe des fistules (vessie, vagin, rectum).

Vu par le Président de la thèse,
DUPLAY

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

CATHÉTÉRISME DES TROMPES.

- BIDDERT. — Berlin, klin. wochenschrift, 1877, p. 206-618.
BISCHOFF. — Corr. Blatt. f. schweiz. Aertze, 1872, n° 19.
BOURSIER. — Du cathétérisme de la trompe de Fallope. Arch. clin. de Bordeaux (mai et juin 1892).
DUNCAN. — Edimb. med. J., juin 1856.
— Brit. med. J., 22 mars 1881.
A. GÖNNER. — Arch. f. gyn., 1887, vol 30, p. 119.
HILDEBRAND. — Monatschrift f. geburt, t. xxxi, 1888.
A. MARTIN. — Congrès de Copenhague, Arch. f. gyn. 1884, p. 305.
PISTOR. — Berliner klin. wochenschrift, 1870, n° 17.
J. WALLACE. — Brit. med. J., 23 février 1885.

DILATATION ET CURETTAGE DE L'UTÉRUS.

- CORNET. — Th. Bordeaux, 1891.
DOLÉRIS. — Soc. de biol., déc. 1888.
— J. de méd. de Paris, 1889, n° 7-8.
— Nouv. arch. d'obst. et gyn., 1889-1890, 1891-1892.
— Soc. d'obst. et gyn., 1889, p. 257.
GOTTSCHALCK. — Deut. med., zeit. 1889, n° 30.
FLINKESTEIN. — Th. Paris. 1889.
MANGIN. — Nouv. Arch. d'obst. et gyn., 1892.
SAINTU. — Th. Paris, 1870.
— Du curettage de l'utérus, appliqué au traitement des salpingites.
WALTON. Mém. de l'acad. royale de Belgique, t. viii, 1888.
— Bull. de la soc. de méd. de Gand, 1888, p. 102.

TRAITEMENT PAR L'ÉLECTRICITÉ.

- APOSTOLI. — Traitement électrique de la salpingo-ovarite.
Am. med. ass., juin 1889. Am. j. of. obst., juillet 1889.
GAUTIER. — Congrès de Berlin, 1890.

PONCTION SIMPLE.

- BOUCHIOR NICOLSON. — Brit. med. j., 20 oct. 1888. Obs. d'abcès
du ligament large — ponction — guérison.
GRANDIN. — Arch. gyn. obst. and paediat, 1891, p. 131.
HERVOT. — Th. Paris. 1887 (Tenneson).
B. JACKSON. — Soc. gyn. de Chicago, 19 fév. 1886.
— Med. News, 27 mars, 1886.
— Repert. univ. d'obst. et gyn., 1887, p. 439.
L. TAIT. — Soc. gyn. angl., 28 déc. 1888.
— Brit. med. J., 12 janvier 1889.
— Nouv. arch. d'obst. et gyn., 1889, p. 380.
NITOT. — Soc. obst. et gyn. de Paris, mai 1892.
REVERDIN. — Soc. de chir., 1888.
ROUTH. — Soc. gyn. angl., 28 déc. 1888.
— Brit. med. j., 12 janvier 1887.
— Nouv. arch. d'obst., 1889, p. 380.
SAVAGE. — Ibid.
SIMPSON. — Clinic lect. Edimburgh, 1872.
U. TRÉLAT et TERRIER. — Rev. de chir., 10 août 1886.

DÉBRIDEMENT VAGINAL.

- BLANC. — Th. de Lyon, 1887.
BOUILLY, ROUTIER, LE DENTU, POLAILLON, MONOD, TERRILLON. —
Soc. de chir., 2 et 9 juillet 1890.
BOURDON. — Mém. et Rev. médicale, juillet 1841. Incision par le
vagin des abcès pelviens.
GOULLIoud. — Arch. de gyn. et d'obst. 1891. Congr. de Bruxelles,
etc.
IMLACH, BYFORD, MUNDE. — Amer. J. of obst. 1886, p. 113.
LAROYENNE. — Lyon méd. 1886.
PARISH. — Am. méd. ass. 1889. Nouv. arch. d'obst. et gyn. 1870.
WIEDOW. — Zür operativer Behandlung des pyosalpinx. Cent.
Batt. für gyn., 1885, p. 145.

LAPAROTOMIE SOUS-PÉRITONÉALE.

- BARDENHEUER. — Der extraperit Exploratio. Stuttgart, 1887.
R. JACKSON. — Soc. de gyn. de Chicago, 1886. Rep. un. d'obst.,
1887, p. 439, obs.
PICQUÉ. — Rev. gén. de clin. et therap., 1891, n. 45.

POZZI. — Soc. de chir., 1886, 14 avril.

TERRILLON. — Ann. de gyn. et d'obst. fév. 1887. Pelvi-péritonite suppurée.

ELYTROTOMIE.

CH. BOILEUX. — Soc. clin. des prat. de France, clinique française. Sept. 1892.

BONNECAZE. — Th. Paris, 1889 (Picqué).

DELBET. — Des supp. pelviennes chez la femme. Steinheil, 1891.

FORT (J.-A.). — Gaz. hôp., 1890, p. 14.

FRITSCH (de Breslau). — IV^e congrès de la soc. all. de gyn.

GAILLARD-THOMAS. — Trait. des mal. des femmes.

GILLETTE. — Drainage abdomino-vaginal. Soc. de chir., 1878.

HEGAR et WIEDOW. — Centralblatt für gyn., 1885, p. 145.

HEIDENREICH. — Sem. méd., 3 août 1889, p. 265.

PÉAN. — Clin. et Gaz. des hôp., 1891.

TERRIER-POZZI-TERRILLON. — Soc. de chir., 9 juillet 1890.

VOIE SACRO-COCYGIENNE.

1^o Incision para-sacrée,

E. ZUCKERKANDL. — Wien. Klin. Wochens., 1880, n. 14.

WOLFLER. — Wien. Klin. Wochens. 1889, n. 15.

2^o Résection préliminaire du sacrum et du coccyx.

KRASKE. — Arch. f. Klin. chir. 1886. Bd. 33.

TERRIER et HARTMANN. — Ann. de gyn., 1891.

TERRIER. — Congr. fr. de chir., 1891.

HOCHENEGG. — Wien. klin. Wochens., 1889, n. 9.

HERTZFELD. — Allg. wien. med. zeit., 1888, n. 34.

ROUX. — Rev. méd. de la Suisse Romane, 1888.

WIEDOW. — Berl. klin. wochens., 1889, n. 9.

PERINÉOTOMIE

HARTMANN. — Ann. de gyn. et d'obst. Paris, 1889.

HÉGAR et KALTENBACH. — Trad. Bar, p. 424.

S. POZZI. — Traité de gyn. (Masson, 1872).

SÆGER. — Archiv. für Gyn., 1890. Bd 37.

WILLEMS DE GAND. — Cong. gyn. Bruxelles, 1892.

O. ZUCKERKANDL. — Wiener med. Wochens., 1888-89.

LAPAROTOMIE ET HYSTÉRECTOMIE.

- AUBEAU: — Des suppurations pelviennes ayant leur source dans l'appareil génital de la femme et de leur traitement.
— Coccoz. Paris. 1891, in-8, 29 p.
- BRAITHWAITE (J.). — Brit. med. J. Lond., 1891., I, 487. On the operative treatment of disease of the uterine appendages.
- BOUILLY. — De l'ouverture par la voie vaginale des collections purulentes salpingées et ovariennes. Soc. chir. 1889.
— Archiv. d. Tocol. Paris, 1890. p. 634-644.
— Bull. et m. de la Soc. de Chir., 1890, p. 500.
— De l'ablation des annexes, résultats éloignés.
— Rev. obst. et de gyn. Paris, 1890.
— Congrès f. de Chir., 1891.
- CANTIN. — Th. Paris 1889. — Lymphangite péri-utérine non-puerpérale.
- CHAPUT. — Débridement de la vulve comme opération préliminaire et technique de l'extirpation de l'utérus par le vagin.
— Soc. d'obst. et gyn. de Paris, 10 décem. 1891.
— Trait. consécutif de l'hystérectomie vaginale par le lavage de haut en bas au moyen d'un tube à drainage abdomino-vaginal.
— Clinique chirurgicale à la Salpêtrière, in Sem. med., 1892, p. 347.
- CHARRIER. — Th. Paris, 1891. Péritonites d'origine blennorrhagique.
- H. COE. — Amer. J. of obst., mai 1891. A second case of laparotomy for intestinal obstruction following vaginal hysterectomy.
- CORNIL. — Leçons sur l'anat. pathol. des métrites des salpingites et des cancers de l'utérus. Paris, Alcan 1889.
— (Cornil et Terrillon). Anat. path. des salpingites. Archiv. de phys., 1887.
- DELBET. — Des suppurations pelviennes chez la femme. Steinhil, 1891.
- DOLÉRIS. — J. de méd. de Paris, n° 7 et 8, 1889. Observations. Nouvelles archiv. d'obst. et gyn., 1889, 1890, 1891.
- FRACK (K.). — Beitrag zur indication der exstirpatio uteri vaginalis zeitsch. für geburtsh. und gynækologie, XX, I.
- GOTTSCHALK (S.). — Central blatt für gynécologie, 21 juin 1890.

- GOTTSCHALK. — Zür Nachbehandlung der vaginalen uterusextirpation.
- HAGUES (F.-L.). — Description of a novel position for vaginal operations. *Internat. J. Surg. N. Y.*, 1891, IV, 1888.
- HELLIER. — Plusieurs abcès pelviens guéris par le drainage abdominal et vaginal. *Soc. méd. chir. de Leeds et West. Riding* 1891, *Brit. méd. J.*, 21 nov. 1891.
- JACOBS DE BRUXELLES. — Remarques cliniques et opératoires sur une série de 50 laparotomies (*Bull. et mém. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, décembre 1890).
- *Arch.*, de Tocol., oct. 1891.
 - Hystérectomie vaginale par morcellement dans les suppurations pelviennes. *Presse méd. belge. Brux.*, 1891. XLIII, 61-166-623-628.
- LACAZE. — Th. Bordeaux 1891. Suites et résultats de l'ablation dans l'inflammation des annexes.
- LE BEC. — Hystérectomie vaginale, double pyosalpingite, péritonite septique, mort. *Gaz. des hôp. Paris*. 10 janvier 1888.
- LORAIN. — Rupture de pyosalpinx après injection vaginale. *Gaz. des hôp.*, 1873, p. 1114.
- MERCIER. (O. F.). — *Union méd. du Canada (Montréal, 1891)*, p. 337, 344. Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale préliminaire.
- MONT PROFIT. — Th. Paris, 1888.
- MORDRET. — Th. Paris, 1890.
- MORISSON (R.). — *Med. Press. Lond.*, 1891. The operative treatment of diseased uterine appendages.
- PÉAN. — Castration utérine. *Comptes-rendus de l'Acad. de méd.*, juillet 1890. *Comptes-rendus du congrès international de Berlin* 1891.
- Parallèle de la castration utérine et de la castration tubo-ovarienne. *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 49.
 - Indications de la castration utérine et de la castration ovarienne. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 1170.
 - Leçon clinique. *Bull. méd.*, 1890, p. 633. *Leçons cliniques 1881-1882-1883*, 6 volumes.
 - Du morcellement appliqué à l'ablation des tumeurs. *Gaz. des hôp.*, 1888-1889 (Série des cliniques publiée par Lapervénche). *Leçons de cliniques chirurgicales Paris*, 1890. *Rev. med. chir. des mal. des femmes*, 1889

PÉAN. — Du manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale.
Rev. gén. de clin. et de thérap. Paris, 1890.

POLAILLON. — Soc. de chir., 1889.

S. POZZI. — Traité de gyn. Masson 1892.

- Remarques cliniques opératoires sur une série de trente laparotomies. Annales de gyn., mai 1890.
- Comptes-rendus du sixième congrès fr. d. chir., 1892.
- Quelques faits pour servir à la discussion sur le traitement des inflamm. des annexes par la laparotomie ou l'hyst. Rev. de chir. Paris, 1891, p. 622-647.
- Le traitement des suppurations pelviennes et des lésions inflammatoires des annexes par l'hystérectomie vaginale. Gaz. hebd. de méd. de Paris, 1891, p. 166-189.
- Sem. méd., 1890, p. 465.
- Bull. de la soc. de chir., 1891-1892.

P. RECLUS. — Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale préliminaire. Gaz. hebd. de méd. et de chir., 25 avril 1891.

RICHELOT. — Pyo-salpingite. Sem. méd., 4 sept. 1889.

- Résultats éloignés de l'ablation des annexes. Annal. de gyn. et d'obst. Paris 1891.
- Union médicale, 1891, p. 389-392.
- Clin. ch. de l'hôpital Tenon. Sem. méd., 1888, p. 355.
- Congrès français de chirurgie, 1891.

ROUFFART. — Observations et remarques relatives au traitement des abcès pelviens. Clinique de Bruxelles, 1890, 673-680.

ROUTIER. — Inflamm. péri-ut. Rev. de chir., p. 273.

- Soc. de chir., 1888-1889.

SEGOND. — Hystérectomie vaginale de Péan.

- Annales de gyn. et d'obst. Paris 1891. XXXV. 161, 193.
- Archiv. de Tocol. Paris 1891, XVIII, 357-366, 285-310.
- Rev. de chir., 10 avril 1891, p. 350.
- Comptes-rendus de la Société de chir., 1891-1892.
- Congrès f. de chir., 1891.
- Congrès internat. de Bruxelles, 1892.

SEUVRE. — Th. Paris 1874. — Rupture de pyosalpinx. à la suite d'interventions intempestives.

SINITI. — Id. Traité de gyn.

L. TAIT. — Résultats éloignés de l'ablation des annexes utérines.

L. TAIT. — Annal. de gyn. et d'obst. Paris, 1871, XXXV, 241-257.

— Traité des mal. des ov. Trad. Ollivier, p. 94.

TERRILLON. — Salpingites et ovarites. Oct. Douin, 1891.

— Archives de tocologie. Mars 1889, p. 170. Etiologie des péritonites et salpingites.

— Traitement des tumeurs purulentes du bassin.

— Bull. et Mém. de la société de chirurgie de Paris, 1890 p. 500-511-521.

— Ouverture des abcès profonds du bassin chez la femme, par la laparotomie. Bull. et Mém. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris, 1890 p. 64-72. Soc. de chirurgie, 1887 p. 367.

— Salpingite tuberculeuse, Archiv. de Tocol. août 1887, Bull. méd., 10 juillet 1889.

— Salpingo-ovarite. Ann., de gyn., mai, juin et août 1889.

THIBAUT (Hyacinthe). — Th. Paris 1890. Sur la salpingite blennorrhagique.

WERMANN. — Tödliche perforation einer tube bei salpingitis nach Herunderziehen der uterus. Centralblatt für gyn., 1881.

